

Clasificación de trastornos mentales CIE 10

Criterios de la OMS

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

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

F01 Demencia vascular.

- F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.
- F01.1 Demencia multi-infarto.
- F01.2 Demencia vascular subcortical.
- F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.
- F01.8 Otras demencias vasculares.
- F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.

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

F03 Demencia sin especificación.

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

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

[F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.](#)

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.
F07.1 Síndrome post-encefáltico.
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.

[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.](#)

F19.0 Intoxicación aguda.
F19.1 Consumo perjudicial.
F19.2 Síndrome de dependencia.
F19.3 Síndrome de abstinencia.
F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F19.5 Trastorno psicótico.

F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

[F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.](#)

F20 Esquizofrenia.

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia residual.

F20,6 Esquizofrenia simple.

F20.8 Otras esquizofrenias.

F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

[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 trastornos esquizoafectivos.
F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

[F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.](#)

[F29 Psicosis no orgánica sin especificación.](#)

[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 hipomaníaco.
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.
F31.4 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.
F32.1 Episodio depresivo moderado.
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.
F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
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.

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

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

[F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.](#)

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

[F41 Otros trastornos de ansiedad.](#)

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

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

[F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.](#)

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

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

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

- F43.0 Reacción a estrés agudo.
- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
- F43.2 Trastornos de adaptación.
- 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).
- F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

F45 Trastornos somatomorfos.

- F45.0 Trastorno de somatización.
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- F45.2 Trastorno hipocondríaco.
- F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.
- F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
- F45.8 Otros trastornos somatomorfos.
- F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

F48 Otros trastornos neuróticos.

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

F50-59 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 orgánicos 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.
- F52.2 Fracaso de la respuesta genital.
- F52.3 Disfunción orgásmica.
- F52.4 Eyaculación precoz.
- F52.5 Vaginismo no orgánico.
- F52.6 Dispareunia no orgánica.
- F52.7 Impulso sexual excesivo.
- F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.
- F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

[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.](#)

[F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos 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.

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

[F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.](#)

[F70-79 Retraso mental.](#)

- F70 Retraso mental leve.
- F71 Retraso mental moderado.
- F72 Retraso mental grave.
- F73 Retraso mental profundo.
- F78 Otros retrasos mentales.
- F79 Retraso mental sin especificación.

[F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.](#)

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

[F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.](#)

- F81.0 Trastorno específico de la lectura.
- F81.1 Trastorno específico de la ortografía.
- F81.2 Trastorno específico del cálculo.
- F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

[F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.](#)

[F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.](#)

[F84 Trastornos generalizados del desarrollo.](#)

- F84.0 Autismo infantil.
- F84.1 Autismo atípico.
- 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.](#)

[F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.](#)

- F90 Trastornos hiperactivos.
- F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.
- F90.1 Trastorno hiperactivo disocial.
- F90.8 Otros trastornos hiperactivos.
- F90.9 Trastorno hiperactivo 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 Farfullero.

F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.

F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

[F99 Trastorno mental sin especificación.](#)

F00-09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos

La mayoría de los trastornos mentales orgánicos pueden comenzar a cualquier edad, excepto quizás durante la primera infancia. En la práctica, la mayoría de estos trastornos tienden a empezar en la edad adulta. Algunos de estos trastornos son aparentemente irreversibles y progresivos y otros son transitorios o responden a tratamientos específicos.

El uso del término "orgánico" significa 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.

Para el diagnóstico de los trastornos de esta sección se requiere, en la mayoría de los casos, hacer uso de dos códigos: uno para el síndrome psicopatológico y otro para el trastorno subyacente.

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.

La demencia produce un deterioro intelectual apreciable 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 cuáles 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

Deterioro de la memoria que afecta a la capacidad para registrar, almacenar y recuperar información nueva. En estadios avanzados pueden también perderse contenidos familiares y material aprendido en el pasado. 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. Para poder hacer un diagnóstico claro de demencia, los síntomas y el deterioro deben haber estado presentes por lo menos durante seis meses.

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.

La demencia en la enfermedad de Alzheimer se considera hoy día irreversible.

Pautas para el diagnóstico

- 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 ó 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 más avanzados).

En un cierto número de 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.

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

El inicio es más precoz que el de F00.1 y 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, afasias, agrafía, 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.

Incluye:

Enfermedad de Alzheimer de tipo 2.

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 1.

Demencia senil de tipo Alzheimer.

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

Demencias cuyas características no se ajustan a las descripciones y pautas para el diagnóstico de F00.0 y F00.1 y 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) incluye a la demencia multi-infarto, y 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

Presencia de demencia. Deterioro cognoscitivo, que 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.

Otras características 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.

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 casos raros, 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 infartos del parénquima cerebral.

Incluye: Demencia predominantemente cortical.

F01.2 Demencia vascular subcortical

Generalmente 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). Pueden existir antecedentes de hipertensión arterial y de focos de destrucción isquémica en las zonas profundas de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales.

F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical

Con componentes mixtos, cortical y subcortical.

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 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.

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick

Es 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 más precoz tienden a presentar una evolución peor. Las manifestaciones comportamentales a menudo preceden al deterioro franco de la memoria.

Pautas para el diagnóstico

- 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.
- c)** Los trastornos de comportamiento que normalmente precedan al claro deterioro de la memoria.

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

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Es 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

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 coreoatetoides. Otras variantes pueden presentar ataxia, déficits visuales, fibrilaciones musculares y atrofia muscular por afectación de neurona motora superior. Una tríada 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.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington

Forma parte de una degeneración masiva del tejido cerebral. La enfermedad de Huntington es transmitida por un único gen 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 más 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 más 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 más avanzadas.

Incluye: Demencia en el corea de Huntington.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson

Demencia que aparece en el curso de una clara enfermedad de Parkinson (en especial en sus formas más 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 esta categoría que pretende identificar los casos en que coexisten demencia y 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.

F02.4 Demencia en la infección por VIH

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 distintos de una infección por VIH. Presenta quejas de fallos de memoria, enlentecimiento, déficits de concentración y dificultades para la lectura y la resolución de problemas.

Son frecuentes la apatía, reducción de la espontaneidad y retraimiento social. En una minoría significativa de individuos afectados la enfermedad puede presentarse de forma atípica, como por ejemplo, trastorno del

humor (afectivo), 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 VIH, 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 VIH suele evolucionar casi siempre de forma rápida, en el plazo de semanas o meses hacia una demencia global grave, estado de mutismo y la muerte.

Incluye:

Encefalopatía por VIH o encefalitis subaguda.

Complejo demencia-sida.

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

Demencias que pueden 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 aborigen, afectando al doble de varones que de mujeres. Ahora se sabe que también se presenta en Nueva Guinea, Papua 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 (E53.8).

F03 Demencia sin especificación

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-F02.9).

Incluye:

Psicosis senil o presenil sin especificación.
Demencia senil o presenil sin especificación.
Demencia degenerativa primaria sin especificación.

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

Síndrome caracterizado por un deterioro marcado 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. Presencia de confabulaciones aunque de forma inconstante. La percepción y otras funciones cognoscitivas, 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

- 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 presencia objetiva de lesión o enfermedad cerebrales (en especial una que afecte de un modo bilateral a estructuras diencefálicas y temporales mediales).
- 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 deterioro intelectual general. La presencia de confabulaciones, la falta de conciencia de enfermedad y las alteraciones emocionales (apatía, falta de iniciativa) son elementos sugestivos, aunque no indispensables, para el diagnóstico.

Incluye: Psicosis o síndrome de Korsakov (no alcohólicos).

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

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 semanas o menos. 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, carcinoma o 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.

Pautas para el diagnóstico

- 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 disminución del flujo del habla, acentuación de la 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).
- 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.

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia

Usar este código para los casos en los que se satisfagan las pautas de delirium que no se superpone a 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 lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

Trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales debidas a enfermedad cerebral primaria, a 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. 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.

Pautas para el diagnóstico

- 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.
- 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 aquí: 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 psicótropas no psicótropas (propranolol, 1-DOPA, metil-DOPA, esferoides, antihipertensivos y antimaláricos).

Excluye:

Trastornos mentales asociados con delirium (F05).

Trastornos mentales asociados con demencia (F00-F03).

F06.0 Alucinosis orgánica

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 reconocidas como tales por quien 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 antes descritas (F06), es necesaria la presencia de alucinaciones persistentes o recurrentes en cualquiera de sus modalidades y la ausencia de obnubilación de la conciencia, de deterioro intelectual significativo, de trastorno de memoria y de predominio de ideas delirantes.

Incluye:

Delirio dermatozoico.

Estado alucinatorio orgánico (no alcohólico).

Excluye:

Alucinosis alcohólica (F10.52).

Esquizofrenia (F20).

F06.1 Trastorno catatónico orgánico

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 delirium. Suele aceptarse que las encefalitis y las intoxicaciones con monóxido de carbono dan lugar a este síndrome con más frecuencia que otras causas orgánicas.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para aceptar una etiología orgánica, expuestas en 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 cética 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.

Trastorno en cuyo cuadro clínico predominan ideas delirantes persistentes o recurrentes. Las ideas delirantes pueden acompañarse de alucinaciones pero éstas no se limitan a su contenido. Pueden presentarse rasgos sugerentes de 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 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:

Estados orgánicos paranoides o alucinatorio-paranoides.

Psicosis esquizofreniformes de la epilepsia.

Excluye:

Episodio psicótico agudo transitorio (F23).

Trastornos psicóticos debidos al consumo de sustancias psicótropas (F1x.5).

Trastorno de ideas delirantes persistentes (F22).

Esquizofrenia (F20).

F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos

Trastorno caracterizado por depresión del estado de ánimo, disminución de la vitalidad y de la actividad. Puede también estar presente cualquier otro de los rasgos característicos de 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 anamnéstica. 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 F06.8.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para aceptar una etiología orgánica. Además, deberán presentarse los requisitos de F30-F33.

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).

Los siguientes códigos de cinco caracteres pueden usarse para especificar el cuadro clínico:

F06.30 Trastorno maníaco orgánico.

F06.31 Trastorno bipolar orgánico.

F06.32 Trastorno depresivo orgánico.

F06.33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico.

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico

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

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

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

Trastorno que 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, pero si grandes molestias o interferencias con actividades. Los límites de esta categoría están sin establecer definitivamente. Cuando es consecuencia de una enfermedad somática de la que el enfermo se recupera, el trastorno cognoscitivo leve no se prolonga más de unas pocas semanas. Este trastorno sólo debe diagnosticarse en ausencia de claros trastornos mentales o comportamentales.

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.

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

Estado de ánimo alterado que ocurre durante el tratamiento con esferoides 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

Alteración de la personalidad y del comportamiento puede ser 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.

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad

Trastorno se caracteriza por una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbidos. Estas alteraciones afectan de un modo particular a la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos. Los procesos cognoscitivos pueden estar afectados en especial o incluso 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

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 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, "sobreinclusividad", pegajosidad e hipergrafía.
- 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 postiotomía.

Personalidad orgánica pseudopsicopática.

Personalidad orgánica pseudorretrasada. Estado postieucotomía.

Excluye:

Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica (F62.0).

Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica (F62.1).

Síndrome postconmocional (F07.2).

Síndrome postencefalítico (F07.1).

Trastornos de personalidad (F60.-).

F07.1 Síndrome postencefalítico

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

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 (F07.0).

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 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.

Los 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 hipocondríacos y se embarcan en la búsqueda constante de diagnósticos y de tratamientos, y de ellos algunos pueden adoptar el papel permanente de enfermo.

Pautas para el diagnóstico

Presencia de al menos tres de los rasgos señalados anteriormente. Debe hacerse una evaluación 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.

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-F07.2.
- 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: Psicosis orgánica.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación

Incluye:

Psicosis orgánica sin especificación.

Psicosis sintomático sin especificación.

Excluye:

Psicosis sin especificación (F29).

Psicosis de origen incierto (F29).

F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas

Trastornos 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 psicotropas (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. 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 psicotropa involucrada, que puede hacerse mediante 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).

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 más 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 más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Únicamente 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 psicótropas o de otras sustancias psicótropas. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.

El uso patológico de otras sustancias no psicótropas como laxantes, aspirinas, etc., debe codificarse de acuerdo con F55, abuso de sustancias que no crean dependencia (con un cuarto carácter 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 psicótropas, pero sin la presencia de uno de los trastornos incluidos en este capítulo (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.

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

F1x.0 Intoxicación aguda

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

Pautas para el diagnóstico

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser 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. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicótropas 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 psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos

estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Incluye:

Embriaguez aguda en alcoholismo.

"Mal viaje" (debido a drogas alucinógenas).

Embriaguez sin especificación.

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

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

F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal.

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

Con delirium.

Con distorsiones de la percepción.

Con coma.

Con convulsiones.

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

F1x.1 Consumo perjudicial

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

Pautas para el diagnóstico

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

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

F1x.2 Síndrome de dependencia

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

Pautas para el diagnóstico

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

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

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

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general

cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

Incluye:

Alcoholismo crónico.

Dipsomanía.

Adición a fármacos.

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

F1x.20 En la actualidad en abstinencia.

F1 x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

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

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

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

F1x.25 Con consumo continuo.

F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

F1x.3 Síndrome de abstinencia

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

Pautas para el diagnóstico

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

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es

característico que los enfermos cuentan que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

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

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

F1x.30 No complicado.

F1x.31 Con convulsiones.

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05.-).

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

Excluye: Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias 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

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

Pautas para el diagnóstico

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver 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.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

Incluye:

Alucinosis alcohólica.

Celotipia alcohólica.

Paranoia alcohólica.

Psicosis alcohólica sin especificación.

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

F1x.50 **Esquizofreniforme.**

F1x.51 **Con predominio de las ideas delirantes.**

F1x.52 **Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).**

F1x.53 **Con predominio de síntomas polimorfos.**

F1x.54 **Con predominio de síntomas depresivos.**

F1x.55 **Con predominio de síntomas maníacos.**

F1x.56 **Trastorno psicótico mixto.**

F1x.6 Síndrome amnésico

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

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye:

Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas.

Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

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

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

Pautas para el diagnóstico

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia 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 psicotropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previas y normales.

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

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

F1 x.70 Con reviviscencias ("flashbacks"), que pueden distinguirse de los trastornos psicóticos en parte por su naturaleza episódica, y porque frecuentemente son de muy corta duración (segundos o minutos) o por los síntomas de reduplicación (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicotropas.

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

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

F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas, 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 psicótropas.

F1 x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

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

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

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

F20 Esquizofrenia

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características

alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

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

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

- a)** Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b)** Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones 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.
- h)** Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y

disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

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

Pautas para el diagnóstico

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

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias 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 aquellos 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 Forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve.

F20.0 Esquizofrenia paranoide

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

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

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

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

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye: Esquizofrenia parafrénica.

Excluye:

Estado paranoide involutivo (F22.8).

Paranoia (F22.0).

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

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

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye:

Esquizofrenia desorganizada.

Hebefrenia.

F20.2 Esquizofrenia catatónica

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

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:

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

Incluye:

Estupor catatónico.

Catalepsia esquizofrénica.

Catatonía esquizofrénica.

Flexibilidad cérea esquizofrénica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

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

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye: Esquizofrenia atípica.

F20.4 Depresión postesquizofrénica

Trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes. Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave (F32.2 y F32.3) y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación 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

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

F20.5 Esquizofrenia residual

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

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye:

Esquizofrenia crónica no diferenciada.

Estado esquizofrénico residual.

F20.6 Esquizofrenia simple

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

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye: Esquizofrenia simple.

F20.8 Otra esquizofrenia

Incluye:

Esquizofrenia cenestopática.

Trastorno esquizofreniforme sin especificación.

Excluye:

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

Esquizofrenia cíclica (F25.2).

Esquizofrenia latente (F23.2).

F20.9 Esquizofrenia sin especificación

F21 Trastorno esquizotípico

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, casi psicóticos, ocasionales y 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. 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

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 límite ("borderline").

Esquizofrenia latente.

Reacción esquizofrénica latente.

Esquizofrenia prepsicótica.

Esquizofrenia prodrómica.

Esquizofrenia pseudoneurótica.

Esquizofrenia pseudopsicopática.

Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Excluye:

Síndrome de Asperger (F84.5).

Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1).

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes

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

F22.0 Trastorno de ideas delirantes

Grupo de trastornos caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de persecución, hipocondríaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despiden mal olor o que se es homosexual. Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen el diagnóstico en enfermos ancianos.

Suele comenzar hacia la edad media o avanzada de la vida, pero algunas veces, especialmente en casos de creencias sobre deformaciones del cuerpo, surge en el inicio de la madurez. El contenido de las ideas

delirantes y el momento en el que aparecen y suele poder tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales. Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas o sistema delirante, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta.

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye:

Paranoia.

Psicosis paranoide sin especificación.

Estado paranoide.

Parafrenia (tardía).

Delirio sensitivo de referencia (sensitiver Beziehungswahn).

Excluye:

Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0).

Psicosis paranoide psicógena (F23.3).

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

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes

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

Incluye:

Dismorfofobia delirante.

Estado paranoide involutivo.

Paranoia querulante.

F22.9 Trastorno delirante persistente sin especificación

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

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

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

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

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

La presencia de estrés agudo puede también especificarse con un quinto carácter, teniendo en cuenta su relación tradicional con la psicosis aguda. El estrés agudo asociado significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural. Acontecimientos típicos de esta clase son los duelos, las pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, el terrorismo y la tortura. Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en este contexto como fuente de estrés.

La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con estos trastornos desarrollan estados persistentes e invalidantes.

Pautas para el diagnóstico

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

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

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

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

F23.x0 No secundario a situación estresante aguda.

F23.x1 Secundario a situación estresante aguda.

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

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

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye:

"Bouffée delirante" sin síntomas de esquizofrenia o no especificada.

Psicosis cicloide sin síntomas de esquizofrenia o no especificada.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

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

Pautas para el diagnóstico

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

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

Incluye:

"Bouffée delirante" con síntomas de esquizofrenia.

Psicosis cicloide con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

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

Pautas para el diagnóstico

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

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

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

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

Incluye:

Esquizofrenia aguda (indiferenciada).

Esquizofrenia aguda.

Trastorno o psicosis esquizofreniforme breve.

Oneirofrenia. Reacción esquizofrénica.

Excluye:

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

Trastorno esquizofreniforme sin especificación (F20.8).

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

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

Pautas para el diagnóstico

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

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

Incluye:

Reacción paranoide.

Psicosis psicógena paranoide.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios

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

F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación

Incluye: Psicosis reactiva (breve) sin especificación.

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas

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, 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

- 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.
- 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 persona activa (dominante).

Incluye:

"Folie á deux".

Trastorno paranoide inducido. Psicosis simbiótica.

Excluye: "Folie simultanee".

F25 Trastornos esquizoafectivos

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-F39) y con los trastornos esquizofrénicos (F20-F24) típicos. 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.

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

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. 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

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 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 (a)-(d) para el diagnóstico de F20.-, esquizofrenia).

Incluye:

Psicosis esquizoafectiva de tipo maníaco.

Psicosis esquizofreniforme de tipo maníaco.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo

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 aparecer un 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.-, en las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia a)-d).

Incluye:

Psicosis esquizoafectiva de tipo depresivo.

Psicosis esquizofreniforme de tipo depresivo.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

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 psicóticos no orgánicos

Trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas para esquizofrenia (F20.-) o para los tipos psicóticos de trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) y los trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas sintomáticas para trastorno de ideas delirantes persistentes (F22.-).

Incluye: Psicosis alucinatoria crónica sin especificación.

F29 Psicosis no orgánica sin especificación

Incluye:

Psicosis sin especificación.

Psicosis de origen incierto.

Excluye:

Trastorno mental sin especificación (F99).

Psicosis orgánica o sintomática sin especificación (F09).

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad. Aquellos que se presentan en la infancia y adolescencia se codificarán por tanto también de acuerdo con las pautas que siguen.

F30 Episodio maníaco

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

Incluye:

Trastorno bipolar aislado.

Episodio maníaco aislado.

F30.0 Hipomanía

La 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 de manía (F30.1 o F30.2).

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

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

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

F30.8 Otros episodios maníacos

F30.9 Episodio maníaco sin especificación

Incluye: Manía sin especificación.

F31 Trastorno bipolar

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

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

Incluye:

Trastorno maníaco-depresivo.
Psicosis maníaco-depresiva.
Reacción maníaco-depresiva.

Excluye:

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

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco

Pautas para el diagnóstico

- a)** El episodio actual satisfaga las pautas de hipomanía (F30.0).
- 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

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

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

Pautas para el diagnóstico

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

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

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1).
- 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 síndrome somático.

F31.31 Con síndrome somático.

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

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

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

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto

El enfermo ha padecido en el pasado por lo menos un episodio 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

Alternancia de los episodios maníacos y depresivos, separados por períodos de estado de ánimo normal, aunque no es raro encontrar un estado de humor depresivo se acompañe durante días o semanas de hiperactividad y logorrea o que un humor maniaco 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 el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

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

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

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: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad

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

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 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

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 estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-, página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos 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 síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o 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 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 síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o 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 de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

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

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

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

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

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan 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 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

Trastorno que 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 antidepressivo. 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 media 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 ha 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.

Incluye:

Episodios recurrentes de: Reacción depresiva.

Depresión psicógena.

Depresión reactiva.

Trastorno afectivo estacional (F33.0 o F33.1).

Episodios recurrentes de: Depresión endógena.

Depresión mayor.

Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo).

Depresión psicótica psicógena o reactiva. Depresión psicótica.

Depresión vital (F33.2 o F33.3).

Excluye:

Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve (F32.0).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración.

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

F33.00 Sin síndrome somático (ver F32.00)

F33.01 Con síndrome somático (ver F32.01)

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

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado (F32.1).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

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

F33.10 Sin síndrome somático (ver F32.10)

F33.11 Con síndrome somático (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

a) 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).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses i libres de alteración significativa del humor.

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

Pautas para el diagnóstico

a) 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).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

Pautas para el diagnóstico

a) 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.

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

Incluye: Depresión monopolar sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

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

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. 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.

Pautas para el diagnóstico

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.

F34.1 Distimia

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 meditabundos 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

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 (de más 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 (afectivos) persistentes

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.

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

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 hipomaníacos, maníacos 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).

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos) especificados

Categoría residual para episodios simples que no satisfacen las pautas ninguna otra de las categorías F30 a F38.1.

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

Incluye: Psicosis afectiva sin especificación.

Excluye: Trastorno mental sin especificación (F99).

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

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 fóbica

Trastornos la ansiedad que se ponen 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, éstos 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 mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones.

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, éste 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 el cuadro clínico. En ausencia de un tratamiento efectivo la agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante.

Pautas para el diagnóstico

- 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.
- c)** La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

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 suelen llevar 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 la persona está convencida 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 intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

Pautas para el diagnóstico

- 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.
- c)** La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

Incluye:

Antropofobia.

Neurosis social.

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

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

- 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.
- c)** Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Incluye:

Zoofobias.

Claustrofobia.

Acrofobia.

Fobia a los exámenes.

Fobia simple.

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 también puede persistir más tiempo. 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

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.
- 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.

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 afectado 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 (F48.0).

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

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, palpitations, 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

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-F48, 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. 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 (por 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 él. 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).
- d)** Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

Incluye:

Neurosis obsesivo-compulsiva.

Neurosis obsesiva.

Neurosis anancástica.

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 en 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 estrés grave y trastornos de adaptación

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.

F43.0 Reacción a estrés agudo

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. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a 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.

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.
- 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.

Incluye:

Crisis aguda de nervios.

Reacción aguda de crisis.

Fatiga del combate.

"Shock" psíquico.

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

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 despegue 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 del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

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 el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye: Neurosis traumática.

F43.2 Trastornos de adaptación

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.

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 cómo 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 sí 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.

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye:

"Shock cultural".

Reacciones de duelo.

Hospitalismo en niños.

Excluye:

Trastorno 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 conversión)

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.

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.

El comienzo y la terminación de los estados disociativos suele ser repentino y 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.

Pautas para el diagnóstico

- 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.
- 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).

Incluye:

Histeria.

Histeria de conversión.

Reacción de conversión.

Psicosis histérica.

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 quién explore al enfermo, pero hay un núcleo común persistente que no puede ser recordado en estado de vigilia.

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

- 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).
- b)** La ausencia de un trastorno orgánico cerebral, intoxicación o fatiga excesiva.

Excluye:

Síndrome amnésico debido al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas (F10-F19) con el mismo cuarto carácter .6.

Amnesia sin especificación (R41.3).

Amnesia anterógrada (R41.1).

Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas (F04).

Amnesia postcrítica en la epilepsia (G40.-).

Amnesia retrógrada (R41.2).

F44.1 Fuga disociativa

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

- 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).

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).

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 de 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

- a) La presencia de un estupor, descrito más arriba.
- b) La ausencia de un trastorno psiquiátrico o somático que pudiera explicar el estupor.
- c) La presencia de acontecimientos estresantes recientes o de problemas actuales.

F44.3 Trastornos de trance y de posesión

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.

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 motrices o de la sensibilidad (generalmente cutánea), de acuerdo con las cuales el enfermo aparenta tener una enfermedad somática, y sin embargo, 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 crónicos 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.

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.

- a)** No debe haber evidencia de un trastorno somático.
- 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.

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 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 pararrespuestas, 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

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. Aun 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 Gilés de la Tourette (F95.2).

Trastornos de tics en la infancia y adolescencia (F95.-).

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

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.

c) Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

Incluye:

Trastorno psicossomático múltiple.

Trastorno de quejas múltiples.

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 individual 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 psicossomático indiferenciado

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 aquel 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 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

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.

b) Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática.

Incluye:

Hipocondría.

Neurosis hipocondriaca.

Nosofobia.

Dismorfofobia (no delirante).

Trastorno corporal dismórfico.

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 principalmente este diagnóstico, lo forman síntomas que se acompañan de signos objetivos de hiperactividad vegetativa, tales como palpaciones, 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 importante de enfermos en los que esto no es así, y que por lo demás satisfacen las pautas exigidas 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

- 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.
- d)** La ausencia de una alteración significativa de la estructura o función de los órganos o sistemas afectados.

Excluye: Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54).

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.

Piloroespasmo psicógeno.

F45.32 Del tracto gastrointestinal bajo

Incluye:

Flatulencia psicógena.

Meteorismo psicógeno.

Colon irritable psicógeno.

Diarreas psicógenas.

F45.33 Del sistema respiratorio

Incluye:

Hiperventilación psicógena.

Tos psicógena.

F45.34 Del sistema urogenital

Incluye:

Disuria psicógena.

Polaquiuria psicógena.

Vejiga nerviosa.

F45.38 Otra disfunción vegetativa somatomorfa

F45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente

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 CIÉ 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).

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 la Tourette).
- 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).
- e)** Rechinar de dientes.

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación

Incluye:

Trastorno psicofisiológico sin especificación.

Trastorno psicósomático sin especificación

F48 Otros trastornos neuróticos

F48.0 Neurastenia

Hay considerables variaciones culturales en la presentación de este trastorno, del que hay dos tipos principales, que se solapan entre sí. En el primero, el rasgo 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:

Quejas continuas de un molesto cansancio progresivo tras un esfuerzo mental o quejas continuas de una molesta debilidad física y agotamiento tras esfuerzos mínimos.

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.

Además, si estuvieran presentes síntomas vegetativos o depresivos, no serían 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).

F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización

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 o, 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

- 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).
- d)** Claridad del sensorio y evidencia de que no se trata de un estado tóxico confusional o de una epilepsia.

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados

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 Britquet.

Síndrome de Dhat.

Koro.

Latah.

Neurosis ocupacional (incluye calambre del escribiente).

Psicastenia.

Neurosis psicasténica.

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

Aquí 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. Asimismo, 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

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.
- 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 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

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a)** Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet1 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 mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- d)** Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-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.
- 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).

F50.1 Anorexia nerviosa atípica

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más 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

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 más 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 (letanía, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

Pautas para el diagnóstico

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.

F50.3 Bulimia nerviosa atípica

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más 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 estos 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

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.

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:

Nauseas 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 orgánicos 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 el hipersomnio y los trastornos del ritmo de sueño-vigilia.

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.

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.

Excluye: Trastornos del sueño (orgánicos) (G47.-).

F51.0 Insomnio no orgánico

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 a sí 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

- 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.
- d)** La cantidad o calidad no satisfactorias del sueño causa un malestar general o interfiere con las actividades de la vida cotidiana.

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. Asimismo, 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.

F51.1 Hipersomnio no orgánico

Estado bien de excesiva somnolencia y ataques de sueño diurnos (no justificables por una cantidad inadecuada de sueño nocturno) o bien de un periodo 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

- 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 las actividades de la vida cotidiana.
- c)** No hay síntomas secundarios de narcolepsia (catapleja, parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas) ni evidencia clínica de una apnea del sueño (interrupciones de la respiración nocturna, ronquidos intermitentes característicos, etc.).
- d)** Ausencia de cualquier alteración neurológica o médica uno de cuyos síntomas pueda ser la somnolencia.

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia

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).

Pautas para el diagnóstico

- 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.
- c)** La cantidad, la calidad y el ritmo no satisfactorios de los períodos de sueño causan un gran malestar o interfieren las actividades de la vida cotidiana.

Incluye:

Inversión del ritmo circadiano psicógena.

Inversión del sueño psicógena.

Inversión nictameral psicógena.

F51.3 Sonambulismo

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 y 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. Asimismo, 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 cuál 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

- 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.
- e)** No hay evidencia alguna de un trastorno mental orgánico, tal como una demencia o una epilepsia.

F51.4 Terrores nocturnos

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 estos episodios.

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

- 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, una o dos imágenes mentales fragmentarias).
- e)** No hay evidencia de un trastorno somático, como un tumor cerebral o una 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 vivida 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 psicótropas, tales como reserpina, tioridazina, antidepresivos tricíclicos y benzodiazepinas, puede contribuir a la aparición de pesadillas. Asimismo, 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

- a)** El despertar de un sueño nocturno o de una siesta con recuerdos detallados y muy vividos 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.
- c)** Tanto la experiencia onírica en sí misma como la alteración del sueño provocan gran malestar al enfermo.

Incluye: Trastorno de ansiedad del sueño.

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación

Incluye: Trastornos emocionales del sueño sin especificación.

F52 Disfunciones sexuales de origen no orgánico

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.

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

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 las 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 para 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 Eyeculación 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

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 psicológicos 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 para la etiología, manifestaciones y evolución 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). 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).

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 carácter para identificar el tipo de sustancia implicada:

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 especificación

Incluye: Disfunción fisiológica psicógena sin especificación.

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

Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las

funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social.

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

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

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

Pautas para el diagnóstico

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

- a)** Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
- b)** La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
- c)** La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.

- d)** Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
- e)** El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- f)** El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

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

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

Es un trastorno de personalidad caracterizado por:

- a)** Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
- b)** Incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
- c)** Suspiciousidad y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones 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.
- 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)** Frialidad emocional, despego o embotamiento afectivo.
- c)** Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás.
- d)** Respuesta pobre a los elogios o las críticas.
- e)** Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad).
- f)** Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva.
- g)** Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y de introspección.
- h)** Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas.
- i)** Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

Excluye:

Esquizofrenia (F20.-).

Trastorno esquizotípico (F21).

Síndrome de Asperger (F84.5).

Trastorno de ideas delirantes (F22.0).

Trastorno esquizoide de la infancia (F84.5).

F60.2 Trastorno disocia! de la personalidad

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

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

Puede presentarse también irritabilidad persistente. La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene por qué haberse presentado siempre.

Incluye:

Trastorno de personalidad sociopática.
Trastorno de personalidad amoral.
Trastorno de personalidad asocial.
Trastorno de personalidad antisocial.
Trastorno de personalidad psicopática.

Excluye:

Trastornos disociales (F91.-).
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3).

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

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

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

Incluye:

Personalidad explosiva y agresiva.
Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

Excluye:

Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

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

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

Incluye:

Personalidad "borderline".

Trastorno "borderline" de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

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

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

Incluye:

Personalidad psicoinfantil e histérica.

Trastorno psicoinfantil e histérico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

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

Incluye:

Personalidad compulsiva.

Personalidad obsesiva.

Trastorno compulsivo de la personalidad.

Trastorno obsesivo de la personalidad.

Excluye:

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

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

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

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

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

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

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

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

Incluye:

Personalidad asténica.

Personalidad inadecuada.

Personalidad pasiva.

Personalidad derrotista.
Trastorno asténico de la personalidad.
Trastorno inadecuado de la personalidad.
Trastorno pasivo de la personalidad.
Trastorno derrotista asténico de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad

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

Incluye:

Personalidad narcisista.
Personalidad excéntrica.
Personalidad inestable.
Personalidad inmadura.
Personalidad pasivo-agresiva.
Personalidad psiconeurótica.
Trastorno narcisista de la personalidad.
Trastorno excéntrico de la personalidad.
Trastorno inestable de la personalidad.
Trastorno inmaduro de la personalidad.
Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.
Trastorno psiconeurótico de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación

Incluye:

Neurosis de carácter.

Personalidad patológica.

F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad

F61.02 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.

F61.12 Variaciones problemáticas de la personalidad, no clasificables en F60.- o F62.- y considerados como secundarios a un diagnóstico principal de un trastorno del humor (afectivo) o de ansiedad coexistente.

Excluye: Acentuación de rasgos de la personalidad (Z73.1).

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

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.

Excluye: Trastornos mentales y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral (F07.-).

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica

Transformación persistente de la personalidad que 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 las 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 la 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 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.
- 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).

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 (F43.1).

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica

Transformación de la personalidad atribuible a la experiencia traumática de sufrir una enfermedad psiquiátrica grave. Los cambios no pueden ser explicados por un trastorno de personalidad previo y deben diferenciarse de la esquizofrenia residual y de otros estados de recuperación incompleta de un trastorno mental previo.

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.
- 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 hábitos y del control de los impulsos

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.

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: Un jugar apostando de un modo constante y reiterado que persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como pérdida de la fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas.

Incluye:

Juego compulsivo.

Juego patológico.

Ludomanía.

F63.1 Piromanía

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

- 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.
- 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.

F63.2 Cleptomanía

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 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.

F63.3 Tricotilomanía

Trastorno caracterizado por una pérdida apreciable de cabello debida al fracaso reiterado para resistir los impulsos de arrancarse el pelo. Este comportamiento suele ser precedido por un aumento de tensión 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: Movimientos 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 otra clase de comportamiento desadaptativo, repetido y persistente, 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 (F65.1).

Incluye: Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la edad adulta de tipo no transexual.

Excluye: Transvestismo fetichista (F65.1).

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 preescolares. 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 él, 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 preescolar 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 un tercio a dos tercios 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 "papas 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 a 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 (F66.0).

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 inclinación sexual

Incluye: Parafilias.

Excluye: Problemas asociados con la orientación sexual (F66.-).

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 excitación 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 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 de 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 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 inclinación 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 psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales

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

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 realizadas o la decepción con el grado de atención personal recibida en medios sanitarios. En algunos casos parece existir una clara motivación derivada de la posibilidad de obtener indemnizaciones consecutivas a accidentes o lesiones. Sin embargo, el síndrome no remite necesariamente con rapidez cuando el litigio ha sido exitoso.

Incluye: Neurosis de renta.

F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas (trastorno ficticio)

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 del 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.

Incluye:

Síndrome de Münchausen sin especificar.

"Paciente peregrinante".

Excluye:

Simulación (Z76.5).

Dermatitis artefacta (L98.1).

Münchausen 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 especificación

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

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

F7x.0 Sin deterioro del comportamiento o con deterioro mínimo

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

F7x.8 Con otro deterioro del comportamiento

F7x.9 Sin alusión al deterioro del comportamiento

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes un deterioro del rendimiento intelectual, que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal. Los trastornos somáticos o mentales asociados tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el rendimiento. La categoría diagnóstica elegida debe, por tanto, basarse en la evaluación de la capacidad

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

F70 Retraso mental leve

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

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

Pautas para el diagnóstico

Si se utilizan tests de CI estandarizados de un modo adecuado el rango 50 al 69 corresponde a un retraso mental leve. La comprensión y el uso del lenguaje tienden a tener un retraso de grado diverso y se presentan problemas en la expresión del lenguaje que interfieren con la posibilidad de lograr una

independencia, y que puedan persistir en la vida adulta. Sólo en una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica. En un número variable de los afectados pueden presentarse además otros trastornos tales como autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastorno disocial o discapacidades somáticas.

Incluye:

Debilidad mental.

Subnormalidad mental leve.

Oligofrenia leve.

Morón.

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 CI está comprendido entre 35 y 49. En este grupo lo más frecuente es que haya discrepancias entre los perfiles de rendimiento y así hay individuos con niveles más altos para tareas viso-espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla hasta la adquisición de un lenguaje sólo suficiente para sus necesidades prácticas. Algunos nunca aprenden a hacer uso del lenguaje, aunque pueden responder a instrucciones simples. Algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla. En la mayoría de los que se incluyen en esta categoría puede reconocerse una etiología orgánica. En una proporción pequeña pero significativa están presentes un autismo infantil o trastornos del desarrollo, los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de tratamiento necesario. También son frecuentes la epilepsia, los déficits neurológicos y las alteraciones somáticas, sobre todo en los retrasos mentales moderados, a pesar de lo cual la mayoría pueden llegar a ser capaces de caminar sin ayuda. Algunas veces es posible identificar otros trastornos

psiquiátricos, pero el escaso nivel del desarrollo del lenguaje hace difícil el diagnóstico, que puede tener que basarse en la información obtenida de terceros.

Incluye:

Imbecilidad.

Subnormalidad mental moderada.

Oligofrenia moderada.

F72 Retraso mental grave

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

Pautas para el diagnóstico

El CI está comprendido entre 20 y 34.

Incluye:

Subnormalidad mental grave.

Oligofrenia grave.

F73 Retraso mental profundo

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

Pautas para el diagnóstico

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

muy frecuente la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial de autismo atípico, sobre todo en aquellos casos que son capaces de caminar.

Incluye:

Idiocia.

Subnormalidad mental profunda.

Oligofrenia profunda.

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 una de las categorías anteriores.

Incluye:

Deficiencia mental sin especificación.

Subnormalidad mental sin especificación.

Oligofrenia sin especificación.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico

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.
- 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 visoespaciales o de coordinación de movimientos.

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje

En estos trastornos las pautas normales de adquisición del lenguaje están alteradas desde estadios tempranos del desarrollo. Estos trastornos no son directamente atribuibles ni a anomalías neurológicas o de los mecanismos del lenguaje, ni a deterioros sensoriales, retraso mental o factores ambientales. 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.

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 6-7 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 articulación debidos a: Hendidura palatina y otras anomalías fonatorias implicadas con el

habla (Q35-Q38).

Apraxia (R48.2).

Disfasia o ataxia sin especificación (R47.0).

Pérdidas de audición (H90-H91).

Retraso mental (F70-F79).

Déficits de la articulación que acompañan a trastornos del desarrollo de la expresión del lenguaje (F80.1).

Déficits de la articulación que acompañan a trastornos del desarrollo de la recepción del lenguaje (F80.2).

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 existe 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.

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, F80.3).

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 (F80.1).

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 mismo, 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.

Excluye:

Afasia adquirida secundaria a un traumatismo, tumor u otra patología cerebral conocida. Otro trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3).

Autismo (F84.0, F84.1).

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje

Incluye:

Ceceo.

Balbuceo.

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación

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 específicos del desarrollo del aprendizaje escolar

Son trastornos en los que desde los primeros estadios del desarrollo están deterioradas las formas normales del aprendizaje. El deterioro no es únicamente consecuencia de la falta de oportunidades para aprender, ni es la consecuencia de traumatismos o enfermedades cerebrales adquiridos. Por el contrario, los trastornos surgen de alteraciones de 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.

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).

Pautas para el diagnóstico

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, hiperactividad, 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 CI y el rendimiento escolar no son exactamente paralelos, esta distinción sólo puede hacerse teniendo en cuenta los tests de CI 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 CI 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 intrínsecos del desarrollo del niño. 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.

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.

F81.0 Trastorno específico de la lectura

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 cómo se utiliza el lenguaje, pone a menudo de manifiesto otros problemas más 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 esperado de la misma 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.
- 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.
- 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 edad adulta, las dificultades ortográficas sean más importantes y 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.

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).

F81.1 Trastorno específico de la ortografía

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 (Z55.8).

Trastorno adquirido de la ortografía (R48.8).

Dificultades de la ortografía asociadas a trastornos de la lectura (F81.0).

F81.2 Trastorno específico del cálculo

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 CI 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 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 (Z55.8).
Trastorno adquirido de la capacidad del cálculo (acalculia, R48.8)

F81 .3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar

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

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 específico del desarrollo psicomotor

Trastorno cuya característica principal es un retraso del desarrollo de la coordinación de los movimientos, que no puede explicarse por un retraso intelectual general o por un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido (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 que el trastorno afecta principalmente a la coordinación de movimientos finos o groseros es variable y su forma específica 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.

La mayoría de los casos existe 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.

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-G99).

Alteraciones de la marcha y de la movilidad (R26.-).

F83 Trastorno específico del desarrollo mixto

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 más frecuente es que en los trastornos descritos más arriba se presente algún grado de alteración global de funciones 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

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).

F84.0 Autismo infantil

Trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años 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. Hay siempre alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la forma de una valoración inadecuada de los signos socioemocionales, 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. Asimismo, 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, 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).

También 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 CI, 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).

F84.1 Autismo atípico

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 interacción 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 favorece 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.

Incluye:

Retraso mental con rasgos autísticos.

Psicosis infantil atípica.

F84.2 Síndrome de Rett

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 siete 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 séptimo 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 pérdida de contacto social. Es muy característico que estas niñas mantengan una especie de "sonrisa social" mirando "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 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 ocho años. En contraste con el autismo, son raras las preocupaciones o rutinas estereotipadas complejas o las automutilaciones voluntarias.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia

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 la 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 qué 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.

Pautas para el diagnóstico

Presencia de un desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años, 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 las actividades 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: hay por lo general una falta de cualquier enfermedad o daño cerebral identificable (aunque puede presumirse algún tipo de disfunción cerebral), la pérdida de capacidades puede seguirse de cierto grado de recuperación, el deterioro de la socialización y de la comunicación tiene rasgos característicos, más típicos del autismo que del deterioro intelectual.

Incluye:

Psicosis desintegrativa.

Síndrome de Heller.

Dementia infantilis.

Psicosis simbiótica.

Excluye:

Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner, F80.3).

Mutismo selectivo (F94.0).

Esquizofrenia (F20.-)

Síndrome de Rett (F84.2).

F84.4 Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados

Se incluye aquí sin embargo porque los niños con retraso mental (CI inferior a 50), con problemas importantes de hiperactividad y déficit de atención tienen con frecuencia un comportamiento estereotipado. Además, estos niños no suelen beneficiarse de un tratamiento con fármacos estimulantes (al contrario de aquellos de CI 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.

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.

F84.5 Síndrome de Asperger

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 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

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 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

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 F84.

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico

Incluye: Agnosia del desarrollo.

F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación

Incluye: Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F90 Trastornos hiperkinéticos

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 más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

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.

Los niños hiperkinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las 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 entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hipercesnia 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 hipercesnia 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 en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI 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 CI 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.

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 (afectivos) (P30-F39).

Esquizofrenia (F20.-).

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperactivo (F90.-), pero no se satisface el de F9L-(trastorno disocial).

Incluye:

Trastorno de déficit de atención.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye:

Trastorno hiperactivo asociado a trastorno disocial (F90.1).

F90.1 Trastorno hiperactivo disocial

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperactivo (F90.-) y el conjunto de pautas de trastorno disocial (F9L-).

F90.8 Otros trastornos hiperactivos

F90.9 Trastorno hiperactivo sin especificación

Se usará cuando no sea posible diferenciar entre F90.0 y F90.1, pero se satisface el conjunto de pautas de F90.-.

Incluye:

Reacción hiperactiva de la infancia y adolescencia sin especificar.

Síndrome hiperactivo 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 si mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar, y se presenta con más frecuencia en chicos. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos de las emociones es bien definida, mientras que su diferenciación del trastorno hiperactivo es menos clara y es frecuente un solapamiento entre ambos.<

Pautas para el diagnóstico

Se 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, la 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.

Excluye:

Trastornos disociales asociados a:

Trastornos emocionales (F92.-).

Trastornos hiperkinéticos (F90.-).

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

Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

Esquizofrenia (F20.-).

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar

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 esté 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.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados

Caracterizado 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

Falta de integración efectiva entre los compañeros que 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.

Trastorno disocial solitario de tipo agresivo.

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados

Incluye formas de comportamiento disocial y agresivo (que satisfacen el conjunto de las pautas de F91 y que no son simplemente manifestaciones opositoras, 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, éste 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 e 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 opositor

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 opositor desafiante representan una forma menos grave de trastorno disocial, más 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 un trastorno disocial opositor 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 del

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 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.

Excluye:

Trastornos disociales con comportamiento abiertamente disocial o agresivo (F91.0-F91.2).

F91.8 Otros trastornos disociales

F91.9 Trastorno disocial sin especificación

Incluye:

Trastorno disocial de la infancia sin especificar.

Trastorno del comportamiento de la infancia sin especificar.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos

Grupo de trastornos que 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-F49) o de trastorno del humor (afectivo) (F30-F39).

F92.0 Trastorno disocial depresivo

Combinación de rasgos de trastorno disocial de la infancia (P91.-) 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

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 si 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 específico de la infancia

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia

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 tenerse en cuenta la posibilidad de las categorías F40-F49). La ansiedad de separación que comienza en una edad no adecuada 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 éstas 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.
- 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.

Excluye:

Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia (F93.1).

Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia (F93.2).

Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39). Trastornos neuróticos (F40-F48).

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-F48. 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.
- c) La ansiedad no forma parte de un trastorno más amplio.

Excluye: Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).

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, 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

- a) Presencia de rivalidad o celos fraternos.
- b) Comienzo durante los meses siguientes al nacimiento del hermano menor generalmente inmediato.
- 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 un 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).

F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia

Incluye: Trastorno de identidad.

Trastornos mentales y del comportamiento

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

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.

F94.0 Mutismo selectivo

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

- a)** Nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal.
- b)** Capacidad de expresión del lenguaje que es suficiente para la comunicación social.
- c)** Presencia demostrable de 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 cómo 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.

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

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.

Pautas para el diagnóstico

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.

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 aún 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 este 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

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 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 caracterizada 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 más frecuentes son guiños de ojos, sacudidas de cuello, encogerse de hombros y muecas. Los tics fonatorios más habituales son carraspeos, ruidos guturales, inspiraciones nasales ruidosas y siseos. Los tics complejos más frecuentes son autoagresiones, saltos y brincos. Los tics fonatorios complejos que más a menudo se presentan son la repetición de palabras determinadas, el uso de palabras (a menudo obscenas) socialmente inaceptables (coprolalia) y la repetición de los propios sonidos o palabras (palilalia).

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. 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 les 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.

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 hipocondríacos. Sin embargo, los tics pueden acompañar a retrasos específicos del desarrollo.

F95.0 Trastorno de tics transitorios

Trastornos que satisfacen las pautas generales de los tics, pero en los que éstos no persisten más de doce 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

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 más 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)

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

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

Excluye:

Ataques de contener 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

Trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina, durante las horas diurnas, o 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. La enuresis puede ser un trastorno aislado o bien puede acompañar a un trastorno de las emociones o del

comportamiento más amplio. 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.

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 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.

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

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.

Pautas para el diagnóstico

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 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.

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia

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.

F98.3 Pica en la infancia

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. 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 aparecer en niños con inteligencia normal (generalmente niños pequeños).

F98.4 Trastornos de estereotipias motrices

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, sólo 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.

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 (P42.-).

Tricotilomanía (F63.3).

Onicofagia, rinodactilomanía y succión del pulgar (F98.8).

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia)

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 farfuleo (ver más adelante) y de los tics.

Excluye:

Trastornos de tics (F95.-).

Farfuleo (F98.6).

Trastornos neurológicos que producen disritmias del habla.

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

F98.6 Farfuleo

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 disrítica, 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.

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 especificación

Categoría residual no recomendada, para cuando no pueda recurrirse a otro código (F00-F98)