

Clasificación Multiaxial

de los trastornos
psiquiátricos en niños
y adolescentes

<http://www.ebook-converter.com>

Google Books Download Demo Version

<http://www.ebook-converter.com>

Google Books Download Demo Version

<http://www.ebook-converter.com>

Google Books Download Demo Version

CLASIFICACIÓN DE LA
CIE-10
DE LOS TRASTORNOS
MENTALES
Y DEL COMPORTAMIENTO
EN NIÑOS
Y ADOLESCENTES



EDITORIAL MEDICA
panamericana

Catalogación en Publicación de la Biblioteca Nacional

Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes : clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes / con una introducción del profesor Michael Rutter ; [traducción de Editorial Médica Panamericana, S.A.] — 1ª ed., 2ª reimp. — Buenos Aires ; Madrid ; Médica Panamericana, [2006]

X, 280 p. : il. ; 24 cm

[Traducción de: Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders

Title]

ISBN 978-84-7903-491-7. — ISBN 84-7903-491-2

1. Enfermedades mentales en niños—Clasificación. 2. Enfermedades mentales en niños—Clasificación. I. Rutter, Michael.

616.89-053.2(083.72)

(16.89-053.2(083.72))

Publicado por The Cambridge University Press

para la Organización Mundial de la Salud en 1996 bajo el título

Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders

© World Health Organization, 1996

1ª Edición, febrero 2001

1ª Reimpresión, octubre 2003

2ª Reimpresión, enero 2007



Visite nuestra página web:

<http://www.medicapanamericana.com>

ARGENTINA

Marcelo T. de Avsar 2150 C1122AAG - Ciudad

Austral de Buenos Aires, Argentina

Tel.: (54-11) 4821-2066 / Fax: (54-11) 4821-1214

e-mail: info@medicapanamericana.com

COLOMBIA

Carrera 7a A. N° 69-19 - Santa Fe de Bogotá D.C.,

Colombia

Tel.: (57-1) 235-4068 / Fax: (57-1) 345-0019

e-mail: infomp@medicapanamericana.com

ESPAÑA

Alberto Alcocer, 24 - 6º piso - 28036 Madrid, España

Tel.: (34-91) 1317800 / Fax: (34-91) 1317805

e-mail: info@medicapanamericana.com

MÉXICO

Hegel 141, 2º piso - Colonia Chapultepec Morales

Delegación Miguel Hidalgo - 11570 - México D.F., México

Tel.: (52-55) 5262-9470 / Fax: (52-55) 2624-2827

e-mail: info@medicapanamericana.com.mx

VENEZUELA

Edificio Polar, Torre Oeste, Piso 6, Of. 6-C

Plaza Venezuela, Urbanización Los Caobos,

Parroquia El Recreo, Municipio Libertador - Caracas Dpto.

Capital, Venezuela

Tel.: (58-212) 793-2857/6906/5985/1666

Fax: (58-212) 793-5885

e-mail: info@medicapanamericana.com.ve

ISBN: 978-84-7903-491-7



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

© 2007 EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A.

Alberto Alcocer 24 - 28036 Madrid, España

Dep. Legal: M-562-2007

Impreso en España

	<u>Págs.</u>	
F82	Trastornos específicos del desarrollo psicomotor	174
F83	Trastornos específicos mixtos del desarrollo	175
F88	Otros trastornos del desarrollo psicológico	175
F89	Trastorno del desarrollo psicológico sin especificar	175
Eje III	Nivel intelectual	177
	Lista de categorías	179
XX	Nivel intelectual dentro del rango normal	179
F70	Retraso mental leve	182
F71	Retraso mental moderado	183
F72	Retraso mental grave	184
F73	Retraso mental profundo	184
F78	Otros retrasos mentales	185
F79	Retraso mental sin especificar	185
Eje IV	Otros procesos de la CIE-10 asociados con trastornos mentales y del comportamiento	187
Eje V	Situaciones psicosociales anómalas asociadas	203
	Lista de categorías	205
00	Distorsión o inadecuación del entorno psicosocial no significativa	209
1	Relaciones intrafamiliares anómalas	209
2	Trastorno mental, desviación o limitación en el grupo de apoyo primario del niño	214
3	Comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada	218
4	Tipos anómalos de crianza	220
5	Ambiente circundante anómalo	226
6	Acontecimientos vitales agudos	232
7	Factores estresantes sociales	239
8	Estrés crónico interpersonal asociados con el colegio/trabajo	241
9	Situaciones o acontecimientos de los propios trastornos o discapacidades del niño	243
Eje VI	Evaluación global de la discapacidad psicosocial	247
0	Funcionamiento social bueno o superior	249
1	Funcionamiento social moderado	249
2	Discapacidad social leve	249
3	Discapacidad social moderada	250
4	Discapacidad social grave	250
5	Discapacidad social grave y generalizada	250
6	Incapacidad funcional en la mayoría de las áreas	250
7	Discapacidad social grosera/persistente y generalizada	250
8	Discapacidad social profunda/persistente y generalizada	250
	Agradecimientos	251
	Índice analítico	253

Prólogo

Las clasificaciones multiaxiales comenzaron en el ámbito de la psiquiatría infantil en el que más que en ningún otro es necesario considerar las múltiples facetas del enfermar y al niño enfermo en su circunstancia. Las clasificaciones psiquiátricas generales, como el DSM-IV y la CIE-10, siguen el modelo de clasificación de psiquiatría infantil. Cada eje es una dimensión diagnóstica, lo que permite fundamentar decisiones terapéuticas diferentes y simultáneas. Las clasificaciones multiaxiales hacen posible combinar el diagnóstico y las intervenciones de distintos profesionales y, lo que es más importante, considerar la evolución aislada de cada uno de esos ejes a lo largo del tiempo durante el tratamiento.

Es un momento en el que la psiquiatría infantil en España reclama un puesto y una identidad en el ámbito de la psiquiatría y cuando parece próxima la normativa que regulará la capacitación específica en psiquiatría infantil, un instrumento como la Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes, se convierte en esencial.

PROF. JUAN J. LÓPEZ-IBOR

*Catedrático de Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid
Presidente de la Asociación Nacional de Psiquiatras
Presidente del Grupo Coordinador de Centros de la CIE-10 de la OMS*

Introducción

<http://www.ebook-converter.com>
<http://www.ebook-converter.com>
<http://www.ebook-converter.com>
<http://www.ebook-converter.com>
<http://www.ebook-converter.com>

Hace aproximadamente 25 años, la Organización Mundial de la Salud convocó un simposio en el que se discutía la necesidad de una clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en los niños (1). En ese momento se propusieron tres ejes: síndromes psiquiátricos clínicos, nivel intelectual y factores etiológicos asociados (físicos o ambientales). Posteriormente se sugirió dividir este tercer eje en dos partes. En 1975, la OMS publicó un artículo con estudios de estos cuatro ejes de los cuatro primeros ejes de la 8.ª Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8) (2). Estos estudios mostraron el aumento de fiabilidad asociada al empleo de los ejes. Posteriormente, en 1975, se introdujo un esquema multiaxial en Gran Bretaña, en el que se añadió un eje más para los trastornos específicos del desarrollo, que previamente se habían incluido en "trastornos biológicos". Este esquema se usó en la 9.ª Edición de la CIE-9, con una lista relativamente simple de situaciones psicosociales asociadas. Estudios posteriores indicaron que la fiabilidad del eje psicosocial era inaceptablemente baja, y con el proyecto de una nueva edición de la CIE para 1990, un grupo de trabajo se reunió para redactar el eje psicosocial, siguiendo los mismos principios que se aplican a los trastornos psiquiátricos de la CIE-10. De esto se deduce que este eje incluye una especificación mucho más detallada de los criterios que se deben emplear para la codificación independiente de cada factor estresante psicosocial identificado.

<http://www.ebook-converter.com>
<http://www.ebook-converter.com>
<http://www.ebook-converter.com>
<http://www.ebook-converter.com>
<http://www.ebook-converter.com>

Este libro, por lo tanto, proporciona una clasificación de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes que utiliza la decima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), pero con una estructura multiaxial. Los cuatro primeros ejes emplean precisamente las mismas categorías diagnósticas que la CIE-10 y el mismo código numérico, pero las categorías se han ordenado de una forma algo diferente en la estructura multiaxial, para que los códigos que se pueden aplicar a los niños y los adolescentes aparezcan antes. El Eje V (situaciones psicosociales anómalas asociadas) comprende un conjunto de características que se incluyen en la CIE-10 como varios códigos "Z", pero que se describen con mayor detalle en este libro. El desarrollo de este eje ha sido explicado en otro sitio (3). El Eje VI (evaluación global de la discapacidad psicosocial) es el único que no está incluido como tal en la CIE-10. Se incluye aquí, sin embargo, debido a que la evaluación de la discapacidad ha sido reconocida por la OMS como una manifestación fundamental en Psiquiatría (4). El eje se basa en la Escala de Evaluación Global de discapacidades que se incluye en el campo de los ensayos de la CIE-10 que, de hecho, se desarrolló a partir del quinto eje de la DSM-III-R (5). La escala se ha modificado ligeramente para hacerla más apropiada para los niños y los adolescentes. Su inclusión en este libro debe ser considerada como el primer paso hacia el desarrollo de un esquema sistemático para determinar la discapacidad social en niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos.

Hay que tener en cuenta que existe una clasificación multiaxial de la OMS diferente para los trastornos psiquiátricos en adultos, que incluye sólo tres ejes (10).

Características de la organización multiaxial

El diagnóstico psiquiátrico involucra necesariamente diferentes elementos. De esta forma, es aconsejable determinar el tipo de trastorno mental, si existe o no un retraso mental o una alteración orgánica cerebral. En la mayoría de los casos no existe un diagnóstico único que incluya estas variables, lo que es necesario emplear varios códigos. Por supuesto, la CIE tiene en cuenta este problema, pero no especifica cuántas categorías se deben emplear o el orden en que deben ser usadas. Se ha visto que los psiquiatras, en la práctica, varían ampliamente en su uso de las múltiples categorías (1, 2), lo cual conlleva que cuando una condición clínica no se especifica (pueden ser o no estar presentes) se quejara de eso, sólo que no era importante o porque no se codificó a pesar de que se pensó que era importante. Además, no existe forma para determinar por el código de qué caso se trata.

El esquema multiaxial fue diseñado para remediar estas deficiencias. De hecho, no es más que el desarrollo lógico del esquema de múltiples categorías de la CIE en que se eliminan las dificultades para evitar específicamente las dificultades antes reseñadas. Para conseguir una recogida completa de datos y permitir posteriores comparaciones se requieren tres normas: 1) se debe codificar un número uniforme de elementos diagnósticos (teniendo cada elemento un eje diferente); 2) estos códigos deben referirse siempre a los mismos elementos diagnósticos y 3) los ejes se refieren siempre en el mismo orden.

Una variedad infinita de elementos diagnósticos puede ser incluida en este esquema multiaxial, pero para que sea útil en la práctica debe existir un número restringido de ejes. Éstos deben ser escogidos con el criterio de que proporcionen una información clínica lo más completa y con la menor ambigüedad posibles en la mayoría de los casos. Con respecto a la psiquiatría del niño y del adolescente, los ejes elegidos se refieren a los síndromes psiquiátricos clínicos (anorexia nerviosa, autismo infantil, etc.), a la presencia o ausencia de un trastorno específico del desarrollo psicológico (trastorno de la expresión del lenguaje, trastorno específico de la lectura, etc.), al nivel intelectual (normal, retraso mental leve, etc.), a las condiciones médicas (parálisis cerebral, etc.), a las situaciones psicosociales anómalas asociadas (abuso físico del niño, crianza en instituciones, etc.) y a la evaluación global de la discapacidad psicosocial (funcionamiento bueno o superior, discapacidad moderada, etc.). Todos los códigos de los cinco primeros ejes se encuentran ya en la CIE, por lo que el esquema multiaxial simplemente reagrupa las categorías bajo encabezamientos denominados "ejes". El sexto eje es una adaptación de un eje de la DSM-III-R, y sigue los mismos principios.

La base de la clasificación multiaxial es que cada uno de los elementos principales del diagnóstico sea sistemáticamente recogido en un eje diferente y que al menos se emplee un código en cada eje para todos los casos. Existe un código que especifica la ausencia de patología para cada eje: en los cuatro primeros ejes debe codificarse como "XX", en el Eje V como "00" y en el Eje VI como "0". Esto asegura que siempre habrá un código en cada uno de los seis ejes para todos los pacientes y que datos comparables de los seis elementos del diagnóstico se codificarán de la misma forma y en el mismo orden en todos los casos, por lo que la recuperación sistemática de datos será más sencilla.

Este esquema es esencialmente descriptivo y atóxico, por lo que puede ser empleado por los clínicos de diferentes orientaciones teóricas de un modo comparable. Su fin es el de señalar la presencia o ausencia de diferentes condiciones o situaciones, independientemente de que el clínico considere que pueden tener relación con la causa del problema psiquiátrico. Este procedimiento es algo diferente del que se emplea habitualmente para las formulaciones diagnósticas, pero es necesario con el fin de continuar las discusiones teóricas acerca de la importancia de los factores biológicos, psicosociales y cognitivos en la etiología.

Hay que resaltar que los códigos se refieren sólo a una situación o problema actual y no a la persona en sí misma. No conllevan implicaciones acerca de la cronicidad o irreversibilidad y son bastante inadecuados para etiquetar a las personas (a diferencia del trastorno o situación actual del individuo). Más aún, los códigos diagnósticos no deben ser nunca la base de decisiones administrativas o de empleo de los individuos (que requieren información acerca de la disponibilidad de un tratamiento adecuado y otros factores).

Uso general de la guía

Ninguna clasificación puede emplearse satisfactoriamente a menos que se dé alguna explicación acerca del significado de los términos que la constituyen; este es el propósito del glosario. Sin embargo, se necesitan diferentes grados de especificación y detalle para los diferentes propósitos. Existen tres versiones principales de la CIE-10: CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento. Hay una versión corta incluida en la CIE-10 completa, con una lista de todas las categorías de las enfermedades (6). El capítulo de los trastornos mentales y del comportamiento proporciona una breve descripción de los conceptos básicos de cada trastorno, junto con sus características diagnósticas principales. El capítulo de la CIE-10 sobre los trastornos mentales y del comportamiento se han publicado en otras dos formas. Primero, hay una versión clínica que proporciona una descripción más detallada del concepto y características diagnósticas relevantes de cada código en el marco de una descripción clínica y de pautas diagnósticas (7). Segundo, hay un grupo de criterios diagnósticos para la investigación, con una organización más estricta de estos criterios y criterios de base en el seno de unas normas que pueden ser empleadas del mismo modo por investigadores en diferentes ámbitos (8). Esta guía se ha escrito a partir de la descripción clínica y de los criterios diagnósticos para aquellas patologías que son más relevantes en niños y adolescentes. Para aquellas que son menos frecuentes en gente joven se proporciona una lista de categorías y de sus códigos de la CIE-10 completa (6). Para la investigación, el lector puede consultar la publicación de la OMS de los criterios diagnósticos para la investigación de este capítulo de la CIE-10 (8). Los criterios proporcionados en esta guía para las categorías del Eje V, sin embargo, están muy detallados y son comparables a los "criterios para la investigación". No están disponibles por separado.

Eje I: Síndromes psiquiátricos clínicos

El primer eje comprende el Capítulo V "Trastornos Mentales y del Comportamiento" de la CIE-10, excepto los códigos de los trastornos específicos del desarrollo psicológico, que se han trasladado al segundo eje, y los códigos para el retraso mental, que constituyen el tercer eje. Los trastornos generalizados del desarrollo (F84) se agrupan en la CIE-10 con los trastornos específicos del desarrollo psicológico, pero se han mantenido en el Eje I (síndromes psiquiátricos clínicos) debido a que ese es su uso habitual en la psiquiatría de niños y adolescentes y porque así lo prefieren los clínicos que trabajan en esta área. Los códigos también se han reordenado para que los trastornos generalizados del desarrollo (F84) y los trastornos emocionales y del comportamiento de inicio habitual en la infancia y adolescencia (F90-F98) aparezcan primero. Posteriormente, el orden que se sigue es el de la CIE-10. Los códigos numéricos y la descripción de las categorías diagnósticas no se han modificado.

Un principio de la CIE-10 es que no deben existir diferentes clasificaciones para los diferentes grupos de edad (aunque se tienen en cuenta los trastornos que

aparecen exclusivamente en unas determinadas edades). Como consecuencia, el primer eje incluye códigos para trastornos que tienen poca relevancia en niños (por ejemplo, la demencia tipo Alzheimer). Sin embargo, en principio (aunque es extremadamente raro en la práctica), estos diagnósticos pueden ser aplicados a niños y adolescentes. Por eso son incluidos aquí, y para seguir el orden de las categorías de la ICD-10 mental, los trastornos de ansiedad y los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas se describen al inicio del libro. De todos modos, para facilitar las referencias, las categorías que raramente se aplican a la gente joven se enumeran sin ninguna descripción, o se han puesto con menor tamaño, o se acompañan de breves descripciones tomadas de la CIE-10 completa (6), en vez de las descripciones más amplias que se encuentran en el capítulo V (6).

El glosario proporciona descripciones para todas las categorías relevantes, pero ciertos puntos generales requieren ser destacados. Primero, si los trastornos psiquiátricos en niños pueden ser incluidos bajo alguno de los epígrafes empleados para los trastornos que generalmente se dan en la vida adulta, este código debe ser utilizado. Por ejemplo, los trastornos de ansiedad se clasifican independientemente de la edad del sujeto. Los trastornos de ansiedad pueden, sin embargo, ser codificados en la sección F40-F48, junto con una variedad de trastornos de ansiedad que pueden aparecer a cualquier edad, o en F93 (trastornos emocionales de inicio específico en la infancia). El grupo siguiente de trastornos se define de forma diferente y este código se debe ser utilizado hasta que cumpla los criterios de inclusión, por que el paciente sea un niño. Se incluye una sección completa de los trastornos de la personalidad en el adulto debido a su posible aplicación en la adolescencia tardía y porque algunos clínicos desean registrar sus manifestaciones precoces en la infancia (aunque se reconoce la controversia de este diagnóstico a dichas edades).

Segundo, aunque la clasificación está basada, en general, en el principio de que se debe evitar asumir factores etiológicos, existen algunas excepciones. Por ejemplo, en la sección F00-F09, encabezada con el título "Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos", los trastornos se codifican juntos porque se piensa que tienen una etiología demostrable (una enfermedad o lesión cerebral o cualquier otro factor que cause una disfunción cerebral). De igual forma, el código F10 se define por ser un trastorno debido a acontecimientos vitales excepcionalmente estresantes que desencadenan una reacción aguda de estrés o un cambio de vida significativo secundario a circunstancias displacenteras, que actúan de forma continua y que desencadenan un trastorno adaptativo. Sin embargo, estos trastornos se definen por la forma y características de la sintomatología, y estos códigos deberían ser empleados únicamente cuando los trastornos cumplen estos criterios. No deben emplearse simplemente porque se piense que las influencias del ambiente han sido importantes en la etiología. Su importancia queda recogida en el Eje V.

Finalmente, hay que hacer constar que existe un código especial (F54) para especificar la presencia de influencias psicológicas o del comportamiento que pueden tener un papel principal en la etiología de los trastornos físicos clasificados en otros capítulos (como el asma o la úlcera péptica). Si se hace el diagnóstico de F54, la condición física relevante debe ser siempre codificada por separado en el Eje IV.

Eje II: Trastornos específicos del desarrollo psicológico

Los códigos de este eje son descriptivos y no etiológicos. Los retrasos específicos en el desarrollo psicológico deben ser clasificados sin atender a su origen (la única excepción es el retraso secundario a una escolarización deficiente). Este principio significa que si, por ejemplo, un niño con autismo infantil tiene una alteración importante del lenguaje o del habla debe codificarse en este eje. Sin embargo, para ser codificado aquí debe existir un retraso específico en algún aspecto del

desarrollo. Esto quiere decir que un niño que muestra un retraso generalizado como parte de un retraso mental grave debe ser diagnosticado con el código "XX" del Eje II (ya que no presenta un retraso específico) si el deterioro del lenguaje es comparable al grado de deterioro de otras funciones cognitivas.

Eje III: Nivel intelectual

Este eje proporciona una descripción del nivel de funcionamiento intelectual general del individuo en ese momento. Si una persona funciona con un nivel intelectual retrasado, debe ser codificado con el código correspondiente, con independencia de que el retraso sea parte de un trastorno generalizado del desarrollo, consecuencia de una privación o deprivación sociocultural o resultado de una condición médica como el síndrome de Down. En resumen, el código es descriptivo y no conlleva necesariamente implicaciones respecto a su etiología o pronóstico. En los códigos F70-F79 del Capítulo V de la CIE-10, las distintas categorías de retraso mental se definen en términos de funcionamiento social. Los códigos de este eje son paralelos a los de F70-F79, pero se diferencian de aquéllos en que éstos se definen estrictamente en términos de nivel intelectual (medidos clínicamente o psicométricamente). Esto es así porque, por múltiples razones, es deseable tener una medida del nivel intelectual que sea independiente del funcionamiento social ya que este último puede estar influido por afecciones comórbidas del Eje I, y además el Eje VI proporciona una evaluación global del funcionamiento social.

Eje IV: Condiciones médicas

Este eje describe los códigos de condiciones médicas no psiquiátricas. El código se refiere a condiciones actuales y, por tanto, una historia de enfermedades pasadas o de lesiones no se pueden tener en cuenta a menos que se asocien con alguna condición médica actual codificable. Sin embargo, si una condición está presente debe codificarse independientemente de que se piense que ha causado el trastorno psiquiátrico o no. Para los códigos específicos de los trastornos médicos concretos deben emplearse otros capítulos que no sean el V de la CIE-10 (6). Se incluye una breve lista de los principales grupos de condiciones médicas, junto con los códigos de las de principal relevancia en la práctica psiquiátrica con población joven. Las autolesiones que se asocian a trastornos psiquiátricos deberían también codificarse en el Eje IV a través de un código adicional X de la CIE-10, Capítulo XX. Estos códigos no distinguen entre el intento de suicidio y el "parasuicidio", ambos incluidos en la categoría general de autolesiones.

Eje V: Situaciones psicosociales anómalas asociadas

Este eje describe los códigos para las situaciones psicosociales anómalas que podrán ser relevantes en la génesis del trastorno psiquiátrico o en el plan terapéutico a seguir. Debido a esta última necesidad y a las inevitables dudas para determinar los factores causales, las situaciones psicosociales anómalas deben ser codificadas independientemente de que se piense que han causado el trastorno psiquiátrico del paciente o no.

Existen importantes dudas para decidir acerca del período de tiempo en el que los códigos de situaciones psicosociales anómalas deben ser aplicados. Por un lado, las experiencias adversas graves del pasado pueden tener todavía relevancia clínica en la actualidad y, por el otro, los acontecimientos agudos de la vida cotidiana pueden ser importantes desde el punto de vista clínico cuando se asocian en el tiempo con el ini-

cio del trastorno. Debido a que la codificación basada en suposiciones causales puede conllevar diferencias importantes entre los clínicos (lo que se contradeciría con la presunción atórica general de la CIE-10), de este tipo sería insatisfactorio. Por esta razón, los códigos se definen en términos de todo el período vital, pero con el reconocimiento de que los usuarios de este esquema tendrán que decidir por sí mismos el período de tiempo que les resulte más apropiado para sus propósitos.

Eje VI: Evaluación global de la discapacidad psicosocial

Este eje refleja el funcionamiento psicológico, social y ocupacional del paciente en el momento de la evaluación clínica. Comprende las discapacidades que aparecen en el funcionamiento a consecuencia del trastorno psiquiátrico, de los trastornos específicos del desarrollo psicológico o del retraso mental. No deberían codificarse aquí los debidos a limitaciones somáticas (o del ambiente).

Este eje sigue el formato general y las subdivisiones del eje análogo en el DSM-IV (9). Las únicas modificaciones son (como ocurre en la escala para los estudios de campo de la CIE-10) que las referencias a síntomas específicos han sido eliminadas (ya que son tratadas en el Eje I) y que se describen con más detalle las circunstancias sociales a tener en cuenta para la codificación.

SIR MICHAEL RUTTER

Referencias

1. Rutter, M., Lebovitz, L., Eisenberg, J., Snegrovskij, A. V., Sadoun, R., Brooke, E. y Liu, T. T. (1969). A tri-axial classification of mental disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **10**: 41-61.
2. Rutter, M., Shaffer, D. y Shepherd, M. (1975). *An Evaluation of a Proposal for a Multi-axial Classification of Child Psychiatric Disorders*. World Health Organization Monograph. Geneva: World Health Organization.
3. Van Goor-Lambo, G., Orley, J., Foustka, P. y Rutter, M. (1990). Classification of abnormal psychosocial situations: Preliminary report of a revision of a WHO scheme. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **31**: 229-241.
4. World Health Organization (1988). *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)*. Geneva: World Health Organization.
5. American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –Third Edition– Revised*. Washington DC: American Psychiatric Association.
6. World Health Organization (1991). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems*. Tenth Revision. Volume 1. Tabular List. Geneva: World Health Organization.
7. World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
8. World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization.
9. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
10. Janca, A. (1996). *The Multi-axial Presentation of the ICD-10 for use in Adult Psychiatry*. Published on behalf of the World Health Organization by Cambridge University Press (in press).

<http://www.ebook-converter.com>

Síndromes psiquiátricos

Google Books Download Demo Version

<http://www.ebook-converter.com>

Google Books Download Demo Version

<http://www.ebook-converter.com>

Google Books Download Demo Version

Lista de categorías

XX Sin trastorno psiquiátrico

(Codificar XX cuando no existe ningún trastorno psiquiátrico de los que se describen en el Eje I. Dependiendo del sistema informático utilizado se puede optar por dejar el blanco)

F84 Trastornos generalizados del desarrollo

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

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

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos

- F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer
- F01 Demencia vascular
- F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar
- F03 Demencia sin especificar
- F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas
- F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas
- F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática
- F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
- F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificar

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, incluida la cafeína
- F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos
- F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco
- F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes y alérgicos
- F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas y otras sustancias psicotropas

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

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

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

- F30 Episodio maníaco
- F31 Trastorno bipolar
- F32 Episodio depresivo

- F33 Trastorno depresivo recurrente
- F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos)
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificar

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

- F40 Trastornos de ansiedad fóbica
- F41 Otros trastornos de ansiedad
- F42 Trastorno obsesivo-compulsivo
- F43 Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación
- F44 Trastornos disociativos (de conversión)
- F45 Trastornos somatomorfos
- F46 Otros trastornos neuróticos

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

- F50 Trastornos de la conducta alimentaria
- F51 Trastornos no orgánicos del sueño
- F52 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico
- F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio, no clasificados en otro lugar
- 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 especificar

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

- F60 Trastornos específicos de la personalidad
- F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
- F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral
- F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
- F64 Trastornos de la identidad sexual

- F65 Trastornos de la inclinación sexual
- F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y la inclinación sexuales
- F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificar

Trastorno mental no especificar y problemas que no cumplen los criterios para ningún trastorno mental específico

Lista de categorías del Eje I con las definiciones apropiadas

Cada grupo de trastornos del Eje I se clasificará de forma separada, comenzando por los trastornos generalizados del desarrollo.

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 especificar

F84 Trastornos generalizados del desarrollo

Se trata de un grupo de trastornos caracterizado por alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca y en las formas de comunicación, y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restringido 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 cognitiva general, aunque estos trastornos se definen por la desviación del comportamiento según la edad mental del niño (retrasado o no). Hay cierto desacuerdo en la subdivisión del conjunto de este grupo de trastornos globales del desarrollo.

En algunos casos los trastornos tienen relación y son presumiblemente debidos a algunas patologías somáticas, entre las que las crisis epilépticas infantiles, la rubéola congénita, la esclerosis tuberosa, la lipoidosis cerebral y el cromosoma X frágil son las más frecuentes. Sin embargo, el trastorno debe diagnosticarse por sus características comportamentales, con independencia de la presencia o no de anomalías somáticas; si las hubiera, deben ser codificadas por separado. Dado que el retraso mental no es una característica general de los trastornos globales del desarrollo, es importante que cuando esté presente se codifique por separado, de acuerdo con F70-F79.

F84.0 Autismo infantil

Se trata de un trastorno global 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 restringidas. El trastorno predomina en los niños con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las niñas.

Paula 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 apreciación inadecuada de las señales socioemocionales, puesta de manifiesto por una falta de respuesta a las emociones de los demás o por un comportamiento que no se adapta 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 socioemocional. Asimismo se reconocen las alteraciones cualitativas de la comunicación. Consisten en la falta del uso social de cualquiera de las habilidades del lenguaje, en el juego de hacer creer y de imitación social; la escasa sincronización y la falta de reciprocidad en el intercambio conversacional; la escasa flexibilidad en la expresión lingüística y una pérdida relativa en la creatividad y fantasía de los profetas del pensamiento; la falta de respuesta emocional a los estímulos verbales y no verbales de los demás, defectos en el uso de las variaciones en la cadencia o entonación, necesarias para lograr la modulación en la comunicación y, a la vez, la ausencia de gestos acompañantes para subrayar o precisar la comunicación verbal.

Este trastorno se caracteriza también por la presencia de formas rígidas, repetitivas y estereotipadas, de comportamiento, intereses y actividades en general. Destacan la rigidez y la rutina para un amplio espectro de aspectos del funcionamiento diario; por lo general, afectan tanto a las actividades nuevas como a las costumbres familiares y a las formas de juego. Puede presentarse, sobre todo en la primera infancia, como un apego específico a objetos extraños, de un modo característico a los "no suaves". Los niños pueden repetir en actividades rutinarias específicas, consistentes en rituales sin un carácter funcional; puede haber preocupaciones e intereses estereotipados, tales como fechas, trayectos u horarios; a menudo hay movimientos estereotipados y un interés en aspectos ajenos al funcionamiento propio de los objetos (como su olor o textura); presentar una gran resistencia a los cambios en la rutina cotidiana o los detalles del entorno personal (como los cambios en la decoración o los muebles del domicilio familiar).

Además de estas características diagnósticas específicas, es frecuente que en los niños con autismo aparezcan otros trastornos no específicos, como temores, fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y manifestaciones agresivas. Son bastante frecuentes las autolesiones (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 dificultades para aplicar conceptos abstractos en la ejecución de sus trabajos (aun cuando las tareas se encuentran al alcance de su capacidad real). Las manifestaciones específicas de los déficit característicos del autismo cambian al hacerse mayores, pero los déficit persisten en la edad adulta de una forma muy similar en lo que se refiere a los problemas de socialización, comunicación y patrón de intereses. 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: Trastorno autístico.
Autismo infantil.
Psicosis infantil.
Síndrome de Kanner.

Diagnóstico diferencial:

Además de los otros tipos de trastornos globales del desarrollo hay que considerar: trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2), con problemas socioemocionales secundarios; trastorno de vinculación de la infancia reactiva (F94.1) o trastorno de la imitación de la infancia desafiadora (F94.2); retraso mental (F70-F79) acompañado de algunos trastornos de las emociones y del comportamiento; esquizofrenia (F20.-) de comienzo inusualmente precoz, y síndrome de Rett (F84.2).

Excluye: Psicosis atípica (F84.5).

F84.1 Autismo atípico

Se trata de un trastorno global del desarrollo que difiere del autismo, bien en la edad de inicio, bien en que no cumple el conjunto de los tres tipos de criterio. Así, el desarrollo anormal o alterado se manifiesta por primera vez sólo después de los tres años, y no se pueden demostrar suficientes anomalías en una, dos o tres de las áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo), a pesar de la presencia de anomalías características en las otras áreas. El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso mental profundo cuyo nivel de rendimiento muy bajo dificulta la manifestación del comportamiento restrictivo específico requerido para el diagnóstico de autismo. También ocurre esto en individuos con graves trastornos específicos del desarrollo de la comprensión del lenguaje. Es lógico, por tanto, distinguir el autismo atípico del autismo.

Incluye: Psicosis infantil atípica.
Retraso mental con rasgos autísticos.

F84.2 Síndrome de Rett

Se trata de un trastorno, descrito hasta ahora sólo en niñas, cuya causa es desconocida, pero que se ha diferenciado por sus características de comienzo, curso y sintomatología. El desarrollo temprano es aparentemente normal o casi normal, pero se sigue de una pérdida parcial o completa de las habilidades 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 la pérdida de los movimientos intencionales de las manos, estereotipias consistentes en retorcerse las manos e hiperventilación. El desarrollo social y del juego se detiene en el segundo o tercer años, pero el interés social suele mantenerse. Durante la infancia suele desarrollarse ataxia y apraxia del tronco, que se acompañan de escoliosis o cifoescoliosis, y algunas veces de movimientos coreoatetósicos. La consecuencia invariable es 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 manipulativa motora fina adquirida. Se acompaña de pérdida social total o casi total y ausencia del desarrollo del lenguaje, movimientos estereotipados muy característicos de retorcerse o "lavarse las manos", con los brazos flexionados frente a la barbilla o el pecho, movimientos estereotipados de humedecerse las manos con saliva, falta de masticación adecuada de los alimentos, episodios de hiperventilación frecuentes, casi siempre fracaso en el control de esfínteres, babeo y protrusión de la lengua y pérdida de contacto social. Típicamente, estas niñas mantienen una especie de "sonrisa social", mirando a través de la gente, pero sin interaccionar con ellas en la primera infancia (aunque a menudo desarrollan más tarde la capacidad de interacción social). La postura y la marcha tienden a producirse con aumento de la base de sustentación, hay hipotonía muscular, los movimientos del tronco suelen estar escasamente coordinados y pueden presentar escoliosis y cifoescoliosis. Las atroñas 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 generalizados del tipo de pedregón mal y con un comienzo anterior a los ocho años. A diferencia del autismo, son raras las preocupaciones o rutinas estereotipadas complejas y las autolesiones deliberadas.

Diagnóstico diferencial

El síndrome de Rett se diferencia inicialmente sobre la base de la pérdida de los movimientos intencionales de las manos, retraso del crecimiento de la cabeza, ataxia, movimientos estereotipados de lavado de manos y ausencia de masticación adecuada. El curso de la enfermedad en el sentido de un deterioro motor progresivo confirma el diagnóstico.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia

Se trata de un trastorno global del desarrollo (diferente del síndrome de Rett) que se define 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 de la socialización, de la comunicación y del comportamiento. 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 cual sigue un empobrecimiento y luego una pérdida del lenguaje y el habla, acompañado por una desintegración del comportamiento. En algunos casos, la pérdida de habilidades muestra 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 generalmente muy malo y la mayoría de los individuos quedan con secuelas 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. Si estuviera presente alguna alteración neurológica, ésta se codificaría por separado.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico se basa en la presencia de un desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años, seguido por una clara pérdida de las capacidades previamente adquiridas, que se acompaña de un comportamiento social cualitativamente anormal. Es frecuente que en estos casos también ocurra una regresión profunda o una pérdida completa del lenguaje, una regresión en las actividades del juego, en la capacidad social y en el comportamiento adaptativo. Con frecuencia se presenta además una pérdida del control de esfínteres y a veces un deterioro en el control de los movimientos. Es típico que estos rasgos se acompañen de pérdida de interés por el entorno, de manierismos motores típicos y estereotipados, y de deterioro seudoautístico en la comunicación e interacción sociales. En algunos aspectos el síndrome se parece a la demencia de la vida adulta, pero se diferencia por tres aspectos claves: por lo general, no existe una enfermedad o daño orgánico identificable (aunque puede presumirse algún tipo de disfunción orgánica cerebral); la pérdida de habilidades suele seguirse de un estado de regresión, y el deterioro de la socialización y de la comunicación tiene rasgos característicos, más típicos del autismo que del deterioro intelectual. Por todos estos motivos, este síndrome se incluye aquí y no en F00-F09.

Incluye: Demencia infantil
Privos de regresión
Síndrome de Heller.
Psicosis simbiótica.

Excluye: Afasia adquirida con epilepsia (F80.3).
Autismo atípico (F84.0).
Síndrome de Rett (F84.2).
Esquizofrenia (F20.-).

F84.4 Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados

Se trata de una categoría de dudosa validez nosológica. Sin embargo, se incluye aquí porque los niños con retraso mental grave (CI inferior a 35), 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 (a diferencia de aquellos con CI en el rango normal), al que pueden responder con reacciones disfóricas intensas (a veces con retardo psicomotor), y en la adolescencia, la hiperactividad tiende a ser reemplazada por una hipoactividad (patrón que no es frecuente en los niños hipercinéticos con inteligencia normal). Este síndrome suele acompañarse de varios tipos de retrasos del desarrollo, ya sean específicos o globales.

No es bien conocido hasta qué punto esta forma de comportamiento está en función del bajo CI o de un daño cerebral orgánico. Tampoco está claro si los niños con retraso mental leve que presentan un síndrome hipercinético deberían ser clasificados aquí o en F90.-. En la actualidad se incluyen en F90.-.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico se basa en la combinación de una hiperactividad grave inapropiada para el nivel de maduración, de estereotipias motoras y de retraso mental grave. Para un diagnóstico correcto deben estar presentes los tres aspectos. Sin

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

F90 Trastornos hiperclínicos

- F90 Trastorno de hiperactividad de la atención
- F90.1 Trastorno hiperclínico disocial
- F90.8 Otros trastornos hiperclínicos
- F90.9 Trastorno hiperclínico sin especificar

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 oposicionista
- F91.8 Otros trastornos disociales
- F91.9 Trastorno disocial sin especificar

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 especificar

F93 Trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia

- F93.0 Trastorno de ansiedad de separación en la infancia
- F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica en la infancia
- F93.2 Trastorno de ansiedad social en 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 especificar

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la infancia o la adolescencia

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

F95 Trastornos de tics

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

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

F98.0 Enuresis no orgánica

F98.1 Entopresis no orgánica

F98.2 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

F98.3 Pica en la infancia y la niñez

F98.4 Trastornos de movimientos estereotipados

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia)

F98.6 Tarfulleo

F98.8 Otros trastornos específicos de las emociones

y del comportamiento con comienzo habitual en la infancia y la adolescencia

F98.9 Trastornos de las emociones y del comportamiento con comienzo habitual en la infancia y la adolescencia sin especificar

F90 Trastornos hiperkinéticos

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y escasamente modulado, con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas, y por su presentación en múltiples situaciones y persistentemente a lo largo del tiempo.

Se cree que ciertas anomalías constitucionales juegan un papel clave en la génesis de estos trastornos, pero todavía no se conoce una etiología específica. En los últimos años se ha difundido el término diagnóstico de "trastorno por déficit de atención". Sin embargo, este término no se emplea aquí porque implica un conocimiento de procesos psicológicos del que se carece y llevaría a incluir a niños ansiosos, preocupados o soñadores apáticos, cuyos problemas son probablemente de diferente naturaleza. No obstante, está claro que, desde el punto de vista del comportamiento, el problema de atención constituye un rasgo central de estos síndromes hiperkinéticos.

Los trastornos hiperkinéticos tienen un comienzo precoz en el desarrollo (por lo general, durante los cinco primeros años de 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 casos se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la actividad y la atención.

El trastorno puede acompañarse de otras anomalías. Los niños hiperkinéticos suelen ser imprudentes e impulsivos, propensos a accidentes, y se ven implicados en problemas de disciplina por incumplir las normas sin premeditación (más que por desafío deliberado de las mismas). Sus relaciones sociales con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a encontrarse aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y los retrasos específicos en el desarrollo motor y el lenguaje.

Las complicaciones secundarias son el trastorno disocial y la baja autoestima. Hay un solapamiento considerable entre la hiperkinesia y otras formas de comportamiento disruptivo, tal como el "trastorno de conducta por falta de socialización". Sin embargo, la evidencia tiende a favorecer la separación de un grupo en el que la hiperkinesia es el problema principal.

Los trastornos hiperkinéticos son varias veces más frecuentes en niños que en niñas. Es frecuente que se acompañe de problemas en la lectura y otras áreas escolares.

Pautas para el diagnóstico

Las manifestaciones principales son la alteración de la atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, debiéndose manifestar en más de una situación (por ejemplo, en casa, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas o una parsimonia en las respuestas. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión de que pierden el interés en una tarea porque pasan a distraerse con otra (aunque los estudios de laboratorio no demuestran un alto grado de distraibilidad sensorial o perceptiva). Estos déficit en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos respecto a la edad y el CI del niño.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse con saltar y correr sin rumbo fijo, la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario, reborrea y alboroto, o una inquietud general acompañada de temeridad y locos ojos. El criterio para valorar una actividad excesiva está en función del contexto y en comparación con otros niños de la misma edad y CI. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones bien estructuradas y organizadas que requieren un alto grado de autocontrol del comportamiento.

Los rasgos asociados que apoyan el diagnóstico son, entre otros, ni incluso necesarios, pero ayudan a realizarlo: desinhibición en la relación social, imprudencia en las situaciones de peligro y quebrantamiento impulsivo de las normas sociales (como, por ejemplo, la intromisión o interrupción de la actividad de otras personas, respuestas prematuras a preguntas sin permitir que se hayan terminado, la normal o la inapropiada habilidad de escape que le tomamos el pelo).

Los trastornos del aprendizaje y la torpeza de movimientos que acompañan con frecuencia al trastorno hiperkinético se codificarán aparte (F80-F89), ya que realmente no forman parte del diagnóstico de trastorno hiperkinético.

Los síntomas del trastorno disocial no son pautas de inclusión ni de exclusión para el diagnóstico principal, pero su presencia o ausencia constituye la base principal de la subdivisión de este trastorno (véase más adelante).

Los problemas comportamentales típicos del trastorno hiperkinético son de comienzo precoz (antes de los seis años) y de larga duración. No obstante, antes de la edad de comienzo de la escolarización es difícil reconocer la hiperactividad debido a su amplia variabilidad dentro de la normalidad. Sólo los niveles extremos permiten el diagnóstico en los niños de edad preescolar.

En la edad adulta puede hacerse también el diagnóstico de trastorno hiperkinético. Los fundamentos son los mismos, pero la atención y la actividad deben valorarse según el grado de maduración en cada caso. Cuando la hiperkinesia se presentó en la infancia y con el tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno disocial de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que son frecuentes los trastornos mixtos y que los trastornos generalizados del desarrollo tienen preferencia para el diagnóstico. El problema fundamental para el diagnóstico radica en la diferenciación con el tras-

torno disocial, pero el trastorno hiperactivo tiene prioridad para el diagnóstico cuando se satisfacen sus pautas diagnósticas. No obstante, en los trastornos disociales son frecuentes los grados leves de hiperactividad y de alteración en la atención. Cuando estén presentes tanto los rasgos de trastorno hiperactivo como los de trastorno disocial, si la hiperactividad es intensa y generalizada, el diagnóstico será el trastorno hiperactivo-disocial (F90.1).

Otro problema lo constituye el que la hiperactividad y la alteración de la atención pueden ser síntomas de un trastorno de ansiedad o de un trastorno depresivo. Así, la inquietud que aparece en un trastorno depresivo agitado o un trastorno de ansiedad grave no debe diagnosticarse como un trastorno hiperactivo. Si se cumplen las pautas de un trastorno de ansiedad (F40.-, F41.-, F42.- y F43.-), este diagnóstico tiene preferencia sobre el trastorno hiperactivo, a menos que esté clara la presencia adicional de un trastorno hiperactivo basándose en otras manifestaciones, además de la inquietud debida a la ansiedad. Análogamente, si se satisfacen las pautas de diagnóstico para un trastorno afectivo (F30-F39), no debe diagnosticarse el trastorno hiperactivo si el diagnóstico de éste implica una disminución de la concentración o una agitación psicomotriz. Sólo podrá hacerse un doble diagnóstico cuando esté clara la presencia independiente de un trastorno hiperactivo puesto de manifiesto por síntomas que no formen parte del trastorno afectivo.

El inicio agudo de un comportamiento hiperactivo en un niño en edad escolar es más probable que sea debido a algún tipo de trastorno reactivo (por ejemplo, orgánico), a un estado maniaco, a una esquizofrenia o a una enfermedad neurológica (por ejemplo, fiebre reumática).

Excluye: Trastornos de ansiedad (F41.- o F42.0).
Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).
Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).
Esquizofrenia (F20.-).

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Aunque no hay certeza sobre la forma más adecuada de subdividir los trastornos hiperactivos, los estudios de seguimiento han puesto de manifiesto que la evolución en la adolescencia y en la edad adulta está muy influida por la presencia o ausencia de agresividad, comportamiento delictivo o trastorno disocial. Según esto, la principal subdivisión hace referencia a estas manifestaciones asociadas. Así, F90.0 se utilizará cuando se satisface el conjunto de criterios para el trastorno hiperactivo (F90.-), pero no para el F91.- (trastorno disocial).

Incluye: Trastorno por déficit de atención o síndrome con hiperactividad.
Trastorno de hiperactividad con déficit de atención.

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

F90.1 Trastorno hiperactivo disocial

Este código se empleará cuando se cumpla el conjunto de criterios para el trastorno hiperactivo (F90.-) y el trastorno disocial (F91.-).

F90.8 Otros trastornos hipercinéticos

F90.9 Trastorno hipercinético sin especificar

Se trata de una categoría residual no recomendada. Se usa únicamente cuando no es posible diferenciar entre F90.0 y F90.1, pero se satisface el conjunto de pautas de F90.

Incluye: Reacción o síndrome hipercinético de la infancia o la adolescencia sin especificar.

F91 Trastornos disociales

Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de alteración de conducta, agresiva o desafiante. En el grado máximo pueden existir violaciones de las normas, desproporcionadas a las que serían aceptables para la edad del niño o los valores éticos de la sociedad en la que vive. Se trata, por tanto, de algo más grave que una travesura infantil o rebeldía adolescente. Los actos disociales o criminales aislados no son, por sí mismos, fundamento para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

Los rasgos del trastorno disocial pueden ser también secundarios a otros trastornos psiquiátricos, en cuyo caso debe codificarse el diagnóstico del trastorno subyacente.

Los trastornos disociales pueden evolucionar en algunos casos hacia un trastorno disocial de la personalidad (F60.2). Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable (relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar) y son más frecuentes en los varones. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos emocionales está bien definida, mientras que su diferenciación del trastorno hipercinético está menos clara y es frecuente un solapamiento entre ambos.

Pautas para el diagnóstico

La valoración de la presencia de un comportamiento disocial debe tener en cuenta el nivel de desarrollo del niño. Las rabietas, por ejemplo, forman parte del desarrollo normal a la edad de tres años y su mera presencia no debería ser base 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 no es, por lo tanto, un criterio diagnóstico necesario para este grupo de edad.

Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser de los siguientes tipos: grado excesivo de peleas o intimidaciones; crueldad hacia otras personas o animales; destrucción grave de pertenencias ajenas; incendio; robo; mentiras reiteradas; ausencias en la escuela y fugas del hogar; rabietas frecuentes y graves; conducta desafiante y provocativa, y desobediencia grave y per-

sistente. Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son.

Son criterios de exclusión otros trastornos subyacentes, como la esquizofrenia, la manía, los trastornos generalizados del desarrollo, el trastorno hiperactivo y la depresión.

No se recurre a diagnósticos de los que la duración del comportamiento descrito sea de seis meses o más.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que el trastorno disocial puede solaparse con otros trastornos. La coexistencia de trastornos de las emociones en la infancia (F93.-) debería llevar al diagnóstico de trastorno mixto de las emociones y trastorno disocial (F92.-). La categoría de trastorno hiperactivo (F90.-) tiene prioridad si un caso satisface también los pautas de este trastorno. No obstante, grados leves o limitados a situaciones concretas de hiperactividad y de falta de atención se presentan con frecuencia en niños que padecen un trastorno disocial, como también una baja autoestima y trastornos emocionales menores. Ninguno de ellos excluye el diagnóstico.

Ejemplos. Trastornos disociales asociados a:

- Trastornos emocionales (F92.-).
- Trastornos hiperactivos (F90.-).
- Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).

*Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-)
Esquizofrenia (F20.-).*

91.0 Trastorno disocial limitado a contexto familiar

Esta categoría incluye trastornos disociales en los que el comportamiento disocial o agresivo (que va más allá de manifestaciones oposicionistas, desafiantes o disruptivas) está completa o casi completamente restringido al hogar o a las relaciones con los miembros de la familia nuclear o allegados. El trastorno requiere que se satisfaga el conjunto de pautas de F.91, de tal manera que incluso las relaciones entre los progenitores y el hijo gravemente alteradas no son por sí mismas suficientes para el diagnóstico. Las manifestaciones más frecuentes son robos en el hogar de dinero o pertenencias de una o dos personas concretas, que puede acompañarse de nuevo de un comportamiento destructivo deliberado hacia miembros concretos de la familia, tales como romper juguetes u objetos de adorno, ropas, rayar los muebles o destruir pertenencias apreciadas. El diagnóstico puede basarse también en la presencia de actos de violencia contra miembros de la familia (pero no hacia otras personas) o en provocar incendios deliberados en el hogar.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que no exista ninguna alteración significativa de conducta fuera del ambiente familiar y que la relación social del niño fuera de la familia esté dentro de la normalidad.

En la mayoría de los casos, estos trastornos disociales limitados al contexto familiar han comenzado en relación con una alteración grave de la relación del niño con uno o más miembros de la familia nuclear. En algunos casos, por ejem-

plo, el trastorno puede haberse iniciado por conflictos con la llegada de un nuevo padrastro o madrastra. La validez nosológica de esta categoría todavía es incierta, pero es posible que esta alteración de conducta tan específica de una situación no implique el mal pronóstico de los trastornos disociales generalizados.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados

Este tipo de trastorno disocial se caracteriza por la combinación de un comportamiento agresivo disocial persistente (que satisface el conjunto de pautas de F91, y que no son simplemente manifestaciones oposicionistas, desafiantes o disruptivas) con una dificultad generalizada significativa para las relaciones personales con otros niños.

Pautas para el diagnóstico

El factor distintivo clave de este trastorno es la falta de integración entre los compañeros, que tiene prioridad diagnóstica sobre la existencia de otros problemas de relación con los compañeros se manifiestan principalmente por un aislamiento o rechazo, impopularidad entre los otros niños y por una falta de amigos íntimos o de relaciones empáticas recíprocas y duraderas con los compañeros de la misma edad. Las relaciones con los adultos tienden a estar marcadas por la distancia y hostilidad, e incluso pueden existir una buena relación con algunos adultos (aunque por lo general falta una confianza íntima) que no descarta el diagnóstico. Con frecuencia, aunque no siempre, se presentan alteraciones emocionales que sí alcanzan un grado suficiente para satisfacer las pautas del trastorno mixto; se codificarán en F92.-.

Las ofensas y calidades en la mayoría de los casos de este tipo de trastorno. Las formas características de comportamiento son: intimidaciones, peleas excesivas y en niños mayores extorsiones o atracos violentos, niveles excesivos de desobediencia, grosería, 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 niños aislados se ven envueltos en delitos en grupo, por lo que la naturaleza del delito es menos importante para hacer el diagnóstico que la cualidad de las relaciones personales.

El trastorno suele ser generalizado en distintas situaciones, pero puede ser más manifiesto en el colegio. La especificidad de una situación concreta distinta del hogar es compatible con el diagnóstico.

Incluye: Trastorno disocial, tipo agresivo solitario.
Trastorno disocial en niños no socializados.

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados

Esta categoría incluye formas de comportamiento disocial o agresivo persistente (que satisfacen el conjunto de las pautas de F91 y que no son simplemente manifestaciones oposicionistas, desafiantes o disruptivas) que se presentan en niños generalmente bien integrados en el grupo 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 de riesgo. Si los amigos (o si se va, la conducta socialmente inaceptable del niño puede estar aprobada por los compañeros y regulada por las normas de la subcultura a la que pertenece). No obstante, este no es un requisito necesario para el diagnóstico, y el niño puede formar parte de un grupo de compañeros no delinquentes y la alteración del comportamiento tener lugar fuera de este contexto. Puede existir una alteración en la relación con los adultos o con otros niños si la alteración de conducta implica intimidación. De nuevo, esto no invalida el diagnóstico si el niño tiene alguna pandilla a la cual es leal y con cuyos miembros le une una amistad duradera.

Las relaciones con figuras de autoridad adultas tienden a ser pobres, pero pueden existir buenas relaciones con algunas personas concretas. Las alteraciones emocionales suelen ser mínimas. La alteración de conducta 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 que tenga una relación específica con el colegio (u otros ambientes fuera del seno familiar) es, con frecuencia, el diagnóstico.

Incluye: Trastorno disocial de tipo grupal.

Delincuencia en grupo.

Delitos formando parte de una banda.

Robos en compañía de otros.

Ausencias escolares.

Excluye: Actividades de bandas sin trastornos psiquiátricos manifiestos (Z03.2).

F91.3 Trastorno disocial desafiante oposicionista

Este tipo de trastorno disocial se ve característicamente en niños de edades inferiores a los nueve o diez años. Se define por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador, y por la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley o los derechos de los demás. El trastorno requiere que se satisfagan las pautas generales de F91. Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico. Muchos autores consideran que las formas de comportamiento de tipo oposicionista desafiante son una forma menos grave del trastorno disocial, en vez de un tipo cualitativamente distinto. No existen datos experimentales que determinen si la diferencia es cuantitativa o cualitativa. Sin embargo, los hallazgos sugieren que de tratarse de un trastorno distinto, lo sería principal o únicamente en los niños más pequeños. Se debe emplear esta categoría con cautela, sobre todo en el caso de niños de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en niños mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que va más allá del desafío, la desobediencia o la conducta disruptiva, aunque no es raro que vayan precedidos de un trastorno desafiante y oposicionista en edades más tempranas. Esta categoría se incluye para reflejar la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo principal de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador y disruptivo, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de un niño de la misma edad y contexto socio-cultural que no haya un factor más grave de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial especificado para las categorías de trastornos de conducta F91.0 a F91.2. Los niños con este trastorno se oponen frecuente y activamente a las peticiones o reglas de los adultos y molestan deliberadamente a otras personas. Tienden a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas a quienes culpan de 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 provocaciones que dan lugar a enfrentamientos. Por lo general muestran un grado excesivo de grosería, falta de colaboración y resistencia a la autoridad.

Este comportamiento no debe ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien, y los signos del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante la entrevista clínica.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o los derechos fundamentales de los demás, como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La existencia de cualquiera de estas formas de comportamiento excluiría el diagnóstico. Sin embargo, el trastorno desafiante oposicionista, como se ha subrayado en el párrafo anterior, se encuentra con frecuencia en otros tipos de trastornos disociales. Se deberá codificar cualquier otro tipo de trastorno disocial (F91.0-F91.2) con preferencia al trastorno disocial desafiante oposicionista.

Excluye: Trastorno disocial con comportamiento abiertamente disocial o agresivo (F91.0-F91.2).

F91.8 Otros trastornos disociales

F91.9 Trastorno disocial sin especificar

Se trata de una categoría residual no recomendada que debería ser empleada únicamente para los trastornos que satisfagan las pautas generales de F91, pero en los que el subtipo no ha sido especificado o que no satisfacen las pautas de ninguno de los subtipos específicos.

Incluye: Trastorno del comportamiento en la infancia sin especificar.
Trastorno disocial en la infancia sin especificar.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos

Este grupo de trastornos se caracteriza por la combinación de un comportamiento persistente agresivo, disocial o desafiante, con síntomas claros y marcados 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 del trastorno disocial en la infancia (F91.-) y del trastorno de las emociones de comienzo específico en la infancia (F93.-), o un trastorno neurótico del adulto (F40-F48) o de trastorno del ánimo (F30-F39).

Aún no se han llevado a cabo investigaciones suficientes para establecer si esta categoría debería realmente estar separada de los trastornos disociales en la infancia. Se incluye aquí por su potencial importancia etiológica y terapéutica y por contribuir a una mayor fiabilidad de la clasificación.

F92.0 Trastorno disocial depresivo

Esta categoría requiere la combinación del trastorno disocial en la infancia (F91.-) con una depresión persistente y marcada del estado de ánimo, puesta de manifiesto por síntomas como desdicha excesiva, pérdida de interés y placer por las actividades habituales, reproches hacia sí mismo y desesperanza. También pueden estar presentes síntomas del suicidio del niño.

Incluye: Trastorno disocial (F91.-) asociado a un trastorno depresivo (F30-F39).

F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos

Esta categoría requiere la combinación de un trastorno disocial (F91.-) en la infancia con síntomas emocionales persistentes y marcados, 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 no contradicen ni apoyan el diagnóstico.

Incluye: Trastorno disocial (F91.-) asociado a un trastorno de las emociones (F93.-) o a un trastorno neurótico (F40-F48).

F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificar

F93 Trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia

Tradicionalmente, en psiquiatría infantil se ha diferenciado entre los trastornos de las emociones específicos en la infancia y los trastornos neuróticos característicos del adulto. Cuatro han sido las justificaciones principales para esta diferencia-

- b) una preocupación irracional a que un acontecimiento adverso le separe de las personas significativas (como, por ejemplo, poder perderse, ser secuestrado, ingresado en un hospital o asesinado);
- c) una desgana o rechazo persistente a ir al colegio por temor a la separación (más que por otras razones, como miedo a algo que pudiera suceder en el colegio);
- d) una desgana o rechazo persistente a irse a la cama sin la compañía o cercanía de alguna persona significativa;
- e) un temor inapropiado 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 (como náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican la separación de una persona significativa, como salir de casa para ir al colegio;
- h) un malestar excesivo y recurrente (en forma de ansiedad, llantos, rabietas, trastornos de alimentación o social, o ansiedad durante o inmediatamente después de la separación de una persona significativa).

Muchas de las situaciones que implican separación también traen consigo otros potenciales estresores o fuentes de ansiedad. El diagnóstico se basa en la combinación de que el elemento común a las diversas situaciones en las que surge la ansiedad es la separación de una persona significativa. La situación más común quizás sea en relación al rechazo escolar (o fobia). A menudo puede ser expresión de una ansiedad de separación, aunque no siempre (en especial en la adolescencia). El rechazo escolar que aparece por primera vez en la adolescencia no debe codificarse aquí, a menos que sea principalmente una expresión de una ansiedad de separación y que la ansiedad estuviera ya presente en un grado anormal durante la etapa preescolar. Si no se satisfacen estas pautas, el síndrome debe ser codificado de acuerdo con alguna de las categorías F93 o F40-F48.

Excluye: Trastornos de ansiedad (tipos F40-F48);
Trastornos neuróticos (F40-F48).
Trastorno de ansiedad fóbica en la infancia (F93.1).
Trastorno de ansiedad social en la infancia (F93.2).

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica en la infancia

Los niños, al igual que los adultos, pueden padecer temores centrados en un amplio espectro de objetos o 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 codificados de acuerdo con la categoría correspondiente en F40-F48. No obstante, algunos temores tienen una marcada especificidad para una fase evolutiva y se presentan en diferente grado en la mayoría de los niños, como, por ejemplo, los temores a animales en el período preescolar.

Pautas para el diagnóstico

Esta categoría debe utilizarse sólo para temores que se presentan en períodos evolutivos específicos cuando se satisfacen las pautas adicionales para todos los trastornos de F93:

- 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 generalizado.

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

F93.2 Trastorno de ansiedad social en la infancia

La ansiedad ante extraños es un fenómeno normal en la segunda mitad del primer año de vida, y durante la primera infancia es normal un cierto grado de aprehensión social o ansiedad cuando los niños se encuentran en situaciones nuevas, extrañas o socialmente amenazadoras. Esta categoría, por tanto, deberá ser utilizada sólo para el caso de los niños que, antes de los seis años, que son de una intensidad poco frecuente, que se acompañan de dificultades en el funcionamiento social y que no forman parte de un trastorno de las emociones más generalizado.

Pautas para el diagnóstico

Los niños 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, ante compañeros o ambos. El temor se acompaña de un grado normal de vinculación afectiva hacia los padres y otros familiares. La evitación o el temor a encuentros sociales es de tal grado, que desborda los límites de la normalidad para la edad del niño y se acompaña de problemas en el funcionamiento social clínico.

Incluye: Trastorno por evitación en la infancia o adolescencia.

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos

Un alto porcentaje o incluso la mayoría de los niños pequeños presentan en algún grado alteraciones emocionales tras el nacimiento de un hermanito (generalmente el inmediato). En la mayoría de los casos, el trastorno es leve, pero la rivalidad o los celos surgidos tras el nacimiento del hermano menor pueden persistir marcadamente en algunos casos.

Pautas para el diagnóstico

El trastorno se caracteriza por la combinación de:

- a) Evidencia de rivalidad o celos fraternos;
- b) comienzo durante los meses siguientes al nacimiento del hermano menor (generalmente el inmediato);
- c) trastorno de las emociones en grado y/o persistencia anormales y que se acompaña de problemas psicosociales.

La rivalidad o los celos fraternos pueden 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 inusual de sentimientos negativos. En casos graves puede acompañarse de hostilidad abierta y agresiones físicas o maldad e infamias hacia el hermano. En los casos menos graves puede manifestarse por un rechazo importante a compartir, una falta de consideración y un empobrecimiento de las relaciones amistosas.

El trastorno de las emociones puede abarcar formas muy variadas y con frecuencia se acompaña de algún grado de regresión, con pérdida de capacidades previamente adquiridas (como el control de esfínteres) y una predisposición a un comportamiento pueril. A menudo, el niño quiere imitar al bebé en actividades que le proporcionan atención de los progenitores, como la alimentación. Suele haber un aumento de la confrontación y el comportamiento desafiante con los padres, rabietas, disforia expresada en forma de 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 en la infancia

Incluye: Trastorno de identidad.

Trastorno de identidad (preocupación por la propia imagen)
Rivalidades entre compañeros (no hermanos).

Excluye: Trastorno de identidad sexual en la infancia (F64.2).

F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificar

Incluye: Trastorno emocional en la infancia sin especificar.

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

Se trata de un grupo heterogéneo de alteraciones que tienen en común la presencia de anomalías en el funcionamiento 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 que impregnan todas las áreas del comportamiento. En muchos casos suelen añadirse distorsiones o privaciones ambientales graves, que juegan a menudo un papel crucial en la etiología. No existen marcadas diferencias según el sexo. Este grupo de trastornos del funcionamiento se reconoce bien en la práctica, pero las pautas que definen el diagnóstico no son del todo claras y no hay acuerdo en cuanto a la forma más adecuada de subdividirlos y clasificarlos.

F94.0 Mutismo selectivo

Se trata de un trastorno caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el habla, de tal forma que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias, pero deja de hablar en otras definidas. 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 de personalidad 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, pero puede ocurrir incluso lo contrario.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere:

- Un nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal;
- una capacidad de expresión del lenguaje que es suficiente para la comunicación social;
- evidencia de que el individuo puede hablar y habla normalmente en algunas circunstancias concretas.

Sin embargo, una minoría sustancial de niños con mutismo selectivo tiene antecedentes de algún retraso del lenguaje o problemas de articulación del mismo, lo que no excluye el diagnóstico si existe un nivel adecuado de desarrollo del lenguaje para una comunicación efectiva, y una gran disparidad en la utilización del mismo según el contexto social, como, por ejemplo, que el niño hable de forma fluida en algunas ocasiones y permanezca mudo o casi mudo en otras. El diagnóstico requiere que el trastorno del lenguaje sea persistente y que haya consistencia y posibilidad de predecir las situaciones en las que el habla tiene lugar o no. También puede darse la forma de alteraciones sobre todo en el lenguaje, pero no son rasgos necesarios para el diagnóstico. Estas alteraciones no son siempre las mismas, pero son frecuentes ciertos rasgos temperamentales anormales (en especial hipersensibilidad social, ansiedad social y retraimiento social) y también un comportamiento oposicionista.

Incluye: Mutismo electivo.

Excluye: Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

Esquizofrenia (F20.-).

Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80.-).

Mutismo transitorio que forma parte de una ansiedad de separación en la primera infancia (F93.0).

F94.1 Trastorno de la vinculación en la infancia reactivo

Se trata de un trastorno que se presenta en la edad de la lactancia y en la primera infancia, que se caracteriza por anomalías persistentes en las formas de relación social del niño, acompañadas de alteraciones emocionales y que son reactivas a cambios en las circunstancias ambientales. Es típica la temerosidad e hipervigilancia inconsolables y 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 un abandono parental, abusos o malos tratos graves. La existencia de esta forma de comportamiento es claramente reconocida y aceptada, pero continúa la incertidumbre acerca de las pautas diagnósticas a aplicar, los límites del síndrome y si se trata de un síndrome o síndrome. No obstante, esta categoría se incluye aquí por la importancia del síndrome para la salud pública, ya que no hay duda acerca de su existencia y porque las formas de comportamiento presentes no satisfacen las pautas de otras categorías diagnósticas.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo distintivo es una forma anormal de relación con las personas encargadas del niño, que se presenta antes de los cinco años de edad y que implica rasgos de inadaptación que no se presentan en el niño normal, como que persistentes, responden a cambios marcados en la forma de crianza.

Los niños pequeños afectados por este síndrome presentan respuestas sociales muy contradictorias o ambivalentes, que se hacen más evidentes en los momentos de separación y en los reencuentros. Así, los lactantes pueden reaccionar al ser cogidos en brazos con una desviación de la mirada o con una mirada fija, y pueden responder a los cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a dejarse consolar. El trastorno emocional puede presentarse como una tristeza aparente, pérdida de las respuestas emocionales, retraimiento (como acurrucarse en el suelo), reacciones o respuestas agresivas al sentir malestar o percibirlo en otros, y en algunos casos temerosidad e hipervigilancia (desmita a veces como "atención congelada") que son insensibles al consuelo. En la mayoría de los casos, los niños muestran interés en la relación con otros compañeros, pero el juego está inhibido por respuestas emocionales negativas. El trastorno de la vinculación puede acompañarse de un retraso en el desarrollo somático con inhibición del crecimiento [que debe ser comunicado de acuerdo con la categoría somática adecuada (R62) en el Eje IV].

El síndrome más normal se presenta una inseguridad en el modo de vinculación selectiva con uno u otro de los progenitores, que no debe confundirse con el trastorno reactivo de la vinculación, del que difiere en varios aspectos importantes. El trastorno se caracteriza por un grado anormal de inseguridad, que se manifiesta en forma de respuestas sociales notablemente contradictorias que no se presentan en niños normales. Las respuestas alteradas abarcan diferentes situaciones sociales y no se reducen a la relación diádica con uno de los cuidadores en particular. Los intentos de consuelo carecen de eficacia y existen alteraciones emocionales, como apatía, tristeza o temerosidad.

Cinco rasgos principales diferencian este trastorno de los trastornos generalizados del desarrollo. Primero, los niños con un trastorno reactivo de la vinculación tienen una capacidad normal para la interacción social y la empatía, de la que carecen aquellos con un trastorno generalizado del desarrollo. Segundo, aunque en las alteraciones reactivas de la vinculación las respuestas sociales alteradas son al comienzo un rasgo general del comportamiento del niño en muchas situaciones, pueden remitir en gran medida si el niño es educado en un entorno normal que provea continuidad en los cuidados; sin embargo, esto no ocurre con los trastornos generalizados del desarrollo. Tercero, aunque los niños con trastornos reactivos de la vinculación pueden presentar dificultades en el desarrollo del lenguaje (del tipo descrito en F80.1), no presentan los rasgos alterados de comunicación característicos del autismo. Cuarto, a diferencia del autismo, los trastornos reactivos de la vinculación no se acompañan de déficit cognoscitivos graves y persistentes que no responden de forma apreciable a cambios ambientales. Quinto, la presencia de formas de comportamiento, intereses y actividades res-

tringidos de forma persistente, repetitivos y estereotipados no son una característica de los trastornos de la vinculación reactivos.

Los trastornos de la vinculación reactivos aparecen casi siempre en relación con cuidados inadecuados del niño, que pueden ser en forma de abuso o negligencia psicológicos (con castigos graves, falta persistente de respuesta a las demandas del niño o con negligencia o abandono de los padres para llevar a cabo su función), abuso o abandono físico (descuido persistente de las necesidades físicas básicas del niño, agresiones reiteradas y deliberadas o una nutrición insuficiente). Dado que en la actualidad es insuficiente el conocimiento sobre la consistencia de la asociación entre los cuidados inadecuados del niño y este trastorno, la presencia de parámetros diagnósticos similares para un diagnóstico para el diagnóstico. Sin embargo, habrá que ser cauto al hacer este diagnóstico en ausencia de abuso o negligencia evidentes. A la inversa, el diagnóstico no deberá hacerse automáticamente ante la presencia de abuso o negligencia, ya que no todos los niños maltratados o abandonados presentan este trastorno.

Excluye: Síndrome de Asperger (F84.5).

Trastorno de la vinculación en la infancia desinhibido (F94.2).

Síndrome de malos tratos en la infancia con problemas físicos (T74).

Variación normal de las formas de vinculación selectiva.

Aparición de un episodio en la infancia con síntomas psicopatológicos (Z61.4-Z61.6).

F94.2 Trastorno de la vinculación en la infancia desinhibido

Se trata de una forma de funcionamiento social anormal que aparece en los cinco primeros años de vida. Una vez consolidado tiende a persistir, a pesar de que los niños reactivos tienden a establecer relaciones amistosas. Alrededor de los dos años se manifiesta por un comportamiento pegajoso y difuso sin una vinculación selectiva. A los cuatro años la vinculación difusa permanece, pero la conducta pegajosa tiende a ser sustituida por una búsqueda de atención y amistosidad indiscriminadas. En el período medio y tardío de la infancia los niños pueden haber desarrollado o no vínculos selectivos, pero el comportamiento de búsqueda de atención suele persistir, y es frecuente que con los compañeros tengan una relación empática escasa. 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, pero se presenta también en otras situaciones. Suele aceptarse que se debe en parte a una falta persistente de oportunidades para desarrollar vínculos selectivos como consecuencia de cambios frecuentes del personal cuidador. La unidad conceptual del síndrome depende de la aparición precoz de una vinculación difusa, relaciones sociales empobrecidas de forma persistente y la ausencia de especificidad situacional.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico se basa en la evidencia de que el niño presentó un grado poco frecuente de difusión en los vínculos selectivos durante los primeros cinco años de su vida, junto con un comportamiento pegajoso durante la infancia y/o una afectividad indiscriminada, así como 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 altera-

ciones emocionales y del comportamiento (dependiendo en parte de las circunstancias concomitantes del niño). En la mayoría de los casos hay antecedentes claros de una crianza en los primeros años caracterizada por una discontinuidad marcada de las personas que cuidaron al niño, o por múltiples cambios de domicilios familiares (o múltiples familias alternativas).

Incluye: Psicopatía por carencia afectiva.
Síndrome institucional.

Excluye: Síndrome de Asperger (F84.5).
Trastorno de la vinculación en la infancia (F94.0).
Trastorno hiperactivo o por déficit de atención (F90.-).
Trastorno de la vinculación en la infancia reactivo (F94.1).

F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia

Incluye: Trastornos del comportamiento social con retraining y timidez debidos a deficiencias en la sociabilidad.

F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia sin especificar

F95 Trastornos de tics

Se trata de un conjunto de síndromes en los que la manifestación predominante es algún tipo de tics. Un tic es un movimiento motor involuntario, rápido, recurrente y 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 ser clasificados en simples y complejos, aunque los límites no están bien definidos. Los tics motores simples más frecuentes son guiños de ojos, sacudidas de cuello, encogimiento de hombros y muecas faciales. Los tics fonatorios simples más habituales son carraspeos, ruidos guturales, respirar ruidosamente por la nariz y siseos. Los tics complejos más frecuentes incluyen las auto-agresiones, saltos y brincos. Los tics fonatorios complejos que más a menudo se presentan son la repetición de palabras determinadas, y a veces el uso de palabras socialmente inaceptables y a menudo obscenas (coprolalia), y la repetición de los propios sonidos o palabras (palilalia).

La gravedad de los tics es muy variable. Por una parte, el fenómeno es casi normal en quizás la quinta a la décima parte de los niños, que 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 estos extremos son entidades diferentes o más bien los extremos opuestos de un espectro único. Para muchos autores esto último es lo más probable. Los trastor-

nos de tics son más frecuentes en los varones y suelen existir antecedentes familiares de tics.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos más importantes que diferencian los tics de otros trastornos motores son la naturaleza repentina, rápida, transitoria y circunscrita de los movimientos, la ausencia de trastornos neurológicos subyacentes, la repetitividad, el que suelen desaparecer durante el sueño y la facilidad con la que pueden ser reproducidos o suprimidos voluntariamente. La falta de ritmicidad los diferencia de los movimientos repetitivos y estereotipados que se observan en algunos casos de autismo o retraso mental. Los manierismos que se observan en estos mismos trastornos tienden a abarcar movimientos más complejos y variados que los que se presentan en los tics. Las manifestaciones obsesivo-compulsivas a veces recuerdan a los tics complejos, pero difieren en que sus formas suelen estar definidas por una finalidad (como tocar algún objeto o girar un número determinado de veces), más que por los grupos de músculos implicados. Sin embargo, en ocasiones es difícil la diferenciación entre ambos fenómenos.

Los tics suelen presentarse en forma de fenómenos aislados, pero no es raro que se acompañen de una amplia variedad de trastornos de las emociones, en especial de los obsesivos-compulsivos. Sin embargo, los tics pueden acompañar también a retrasos específicos del desarrollo.

No hay una línea divisoria clara entre los trastornos de tics acompañados de algún trastorno de las emociones y los trastornos emocionales asociados a algunos tics. El diagnóstico se definirá por la alteración de mayor intensidad.

F95.0 Trastorno de tics transitorios

Se trata de trastornos que satisfacen las pautas generales de los tics, pero que no persisten más de doce meses. Esta es la forma más frecuente de tic entre los cuatro y los cinco años de edad, y, por lo general, los tics toman la forma de guiños de ojos, muecas faciales o sacudidas de la cabeza. En algunos casos se presentan como un episodio único, pero en otros existen remisiones y posteriores recaídas al cabo de varios meses.

F95.1 Trastorno de tics motores crónicos o fonatorios

Se trata de trastornos en los que se satisfacen las pautas generales de los tics, en ocasiones motores y en otras fonatorios (pero no ambos a la vez), que pueden ser simples o con mayor frecuencia múltiples y que duran más de un año.

F95.2 Trastorno de tics motores múltiples y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette)

Se trata de una forma de trastorno de tics en la que se presentan o se han presentado tics motores múltiples y uno o más tics fonatorios, aunque no es necesari-

rio que hayan concurrido a la vez. El comienzo casi siempre es en la infancia o en la adolescencia. Son frecuentes los antecedentes de tics motores seguidos del desarrollo de 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 múltiples, en forma de vocalizaciones explosivas, ruidos, gruñidos y palabras, y a veces obscenas. En ocasiones se añade una ecopraxia de los gestos, que puede ser también de naturaleza obscena (copropraxia). Los tics fonatorios, al igual que los motores, pueden ser suprimidos voluntariamente durante períodos cortos de tiempo, exacerbarse durante situaciones estresantes y desaparecer durante el sueño.

F95.8 Otros trastornos de tics

F95.9 Trastorno de tics sin especificar

Se trata de una categoría residual, no recomendada, para los trastornos que satisfacen las pautas generales de los trastornos de tics, pero en los que no se especifica una subcategoría concreta o no se satisfacen las pautas de F95.0, F95.1 o F95.2.

F99 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento con comienzo habitual en la infancia y la adolescencia

Este apartado incluye un grupo heterogéneo de trastornos que comparten la característica de un comienzo en la infancia, pero que difieren en otros aspectos. Algunos de los trastornos incluidos en esta categoría constituyen síndromes bien definidos, pero otros no son más que complejos de síntomas en los que no hay evidencia suficiente para su validez nosológica, pero cuya inclusión es necesaria debido a su frecuencia y relación con desajustes psicosociales y por no poder ser incorporados a otros síndromes.

Excluye: Ataques de contención de la respiración (R06.8).
Trastorno de la identidad sexual en la infancia (F64.2).
Hipersomnolencia e hiperfagia [síndrome de Kleine-Levin (G47.8)].
Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).
Trastornos del sueño (F51.-).

F98.0 Enuresis no orgánica

Se trata de un trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina durante el día y/o la noche, que es anormal para la edad mental del niño y no es

consecuencia de una falta de control vesical secundaria a un trastorno neurológico, ataques epilépticos o anomalías estructurales del tracto urinario. La enuresis puede haber estado presente desde el nacimiento (como una prolongación anormal de la incontinencia infantil normal) o bien aparecer después de un período de control vesical adecuado. La variedad de inicio más tardío (enuresis secundaria) puede ocurrir a los cinco y seis años. La enuresis puede ser un trastorno monosintomático o bien acompañar a un trastorno de las emociones o del comportamiento más amplio. En este último caso no hay certeza sobre los mecanismos implicados en esta asociación. Los problemas emocionales pueden presentarse como una consecuencia a las molestias o estigmatización producida por la enuresis, o bien la enuresis puede ir acompañada de un trastorno psiquiátrico, o bien que ambos, la enuresis y el trastorno de las emociones o del comportamiento, se presenten paralelamente como expresión de factores etiológicos comunes. No existe una forma correcta y clara de decidir en cada caso entre estas alternativas, y el diagnóstico se hará teniendo en cuenta qué tipo de alteración (la enuresis o el trastorno de las emociones o del comportamiento) es el problema principal.

Pautas para el diagnóstico

No existe una línea de separación clara entre las variaciones normales en 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 (como el trastorno de la conducta o la ansiedad) será el primer diagnóstico sólo si la emisión involuntaria de orina tuviera lugar al menos varias veces por semana y el resto de los síntomas presentasen variaciones temporales relacionadas con la enuresis. Esta última se acompaña a veces de encopresis, y en este caso se hará también el diagnóstico de encopresis.

En ocasiones puede existir una enuresis transitoria como consecuencia de una cistitis o poliuria (por ejemplo, en la diabetes). Sin embargo, esto no explica la enuresis que persiste después de que la infección o la poliuria hayan remitido. No es raro que una cistitis sea secundaria a una enuresis, debido a la infección ascendente del tracto urinario (en especial en niñas) como consecuencia de la humedad persistente.

Incluye: Enuresis de origen no orgánico, primaria o secundaria.
Enuresis funcional o psicógena.
Incontinencia urinaria no orgánica.

Excluye: Enuresis sin especificar (R32).

Se puede emplear un quinto código para detallar con más precisión la clasificación de la enuresis no orgánica. La siguiente clasificación ha sido definida por la Asociación de Pediatría Británica:

- F98.00 Enuresis primaria sin especificar.
- F98.01 Enuresis nocturna primaria.
- F98.02 Enuresis diurna (y nocturna) primaria.
- F98.03 Enuresis secundaria sin especificar.
- F98.04 Enuresis nocturna secundaria.
- F98.05 Enuresis diurna (y nocturna) secundaria.

F98.1 Encopresis no orgánica

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia reiterada de deposiciones voluntarias o involuntarias de heces de consistencia normal o casi normal en lugares no adecuados para ese propósito (es decir, no en los lugares socioculturales propios del individuo). El trastorno puede ser el resultado de una continuación anormal de la incontinencia fisiológica infantil, o bien aparecer después de haber adquirido el control del esfínter anal, o, por último, implicar la deposición deliberada de heces en lugares no adecuados, aun cuando exista un control fisiológico normal del esfínter anal. El trastorno puede ser en sí mismo una alteración menor, sintomática o puede formar parte de un síndrome más amplio, en especial de un trastorno de las emociones (F93.-) o de un trastorno disocial (F91.-).

Notas para el clínico

El rasgo principal para el diagnóstico es la emisión inadecuada de heces, que puede manifestarse de diferentes formas. En primer lugar, puede ser la expresión de una falta de entrenamiento adecuado del control de esfínteres o de un fracaso en el aprendizaje adecuado del control, como consecuencia de un fracaso continuo, a pesar de haber adquirido un control adecuado. En segundo lugar, puede ser expresión de un determinado trastorno psicológico en el que hay un control fisiológico normal de la defecación, pero por alguna razón hay un rechazo, resistencia o fracaso a aceptar las normas sociales acerca de defecar en determinados lugares. En tercer lugar, puede ser consecuencia de una enfermedad fisiológica por la impactación de heces con un rebosamiento secundario y deposición de heces en lugares no adecuados. Esta retención puede tener como origen las tensiones entre padres e hijos sobre el entrenamiento del esfínter, o el evitar una defecación dolorosa (por ejemplo, a consecuencia de una fisura anal) u otras razones.

En algunas ocasiones, la encopresis puede ir acompañada de conductas inadecuadas, como tocar con heces el propio cuerpo o el medio circundante, y menos frecuentemente, puede haber manipulaciones o masturbaciones anales. Con frecuencia se acompaña de algún trastorno de las emociones o del comportamiento. No está clara la línea de separación entre la encopresis con algún trastorno de las emociones o del comportamiento asociado y los trastornos psiquiátricos en los que la encopresis es uno de sus síntomas subsidiarios. El criterio diagnóstico recomendado es codificar la encopresis si es el fenómeno predominante y si la frecuencia de la encopresis es de al menos una vez al mes. No es rara la asociación de encopresis y enuresis, y en este caso la codificación de la encopresis tiene preferencia sobre la de la enuresis. En ocasiones la encopresis puede tener una etiología somática, como una fisura anal o una infección gastrointestinal. Se debe codificar únicamente la causa orgánica si es una explicación suficiente para la deposición fecal. Sin embargo, si es el precipitante, pero no es causa suficiente, debe codificarse la encopresis (añadiendo la condición somática).

Diagnóstico diferencial

Es importante tener en cuenta los siguientes diagnósticos:

- a) Encopresis secundaria a una enfermedad orgánica, como el megacolon agangliónico (Q43.1) o la espina bífida (Q05.-). Sin embargo, hay que tener en cuenta que la encopresis puede acompañar o ser consecuencia de otros trastornos, como una fisura anal o una infección gastrointestinal;

- b) estreñimiento que provoca un bloqueo fecal que tiene como consecuencia un rebosamiento fecal con deposición de heces líquidas o semilíquidas (K59.0). En los casos en que la encopresis y el estreñimiento van unidos debe usarse el código de la encopresis (y si es adecuado se debe emplear un código adicional para identificar la causa del estreñimiento).

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia

Se trata de un trastorno en la conducta alimentaria con diversas manifestaciones, que se presenta por lo general en la primera infancia y la niñez. Suele implicar un rechazo de la alimentación y una caprichosidad excesiva en presencia de un suministro adecuado de comida y un cuidador razonable/competente, con ausencia de enfermedad orgánica. Puede compararse a un trastorno (o decir, de regurgitación repetida sin náuseas o malestar gastrointestinal).

Pautas para el diagnóstico

Las alteraciones leves de la alimentación son muy frecuentes en la primera infancia y la niñez (en forma de caprichos, falta o exceso de alimentación), y por sí mismas no deberían ser indicativas de trastorno. El trastorno se diagnosticará únicamente si su grado supera claramente el rango de la normalidad, si las características del problema alimentario son crónicas y no normales, o si el niño no gana o pierde peso en un periodo de al menos un mes.

Incluye: Trastorno de rumiación en la infancia.

Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar este trastorno de:

- Situaciones en las que el niño come bien con adultos distintos a los que habitualmente le cuidan;
- enfermedad orgánica que explique suficientemente el rechazo a la comida;
- anorexia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria (F50.-);
- trastorno psiquiátrico más amplio;
- pica (F98.3);
- dificultades en la alimentación debidas a un mal manejo (R63.3).

F98.3 Pica en la infancia y la niñez

Consiste en la ingestión persistente de sustancias no nutritivas (tierra, pintura, etcétera). La pica puede aparecer como un síntoma dentro de un trastorno psiquiátrico más amplio (autismo) o ser un comportamiento psicopatológico relativamente aislado. La categoría F98.3 sólo cubre este último caso. El trastorno es más frecuente en niños con retraso mental, que se codificará de acuerdo con F70-F79. Sin embargo, la pica puede aparecer también en niños con inteligencia normal (generalmente niños pequeños).

- F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto
 F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos
 F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificar

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos

F29 Trastornos psicóticos no orgánicos no especificados

Introducción

La esquizofrenia es el cuadro más frecuente e importante de este grupo. El trastorno esquizoipico tiene muchos de los rasgos característicos de los trastornos esquizofrénicos y es probable que estén genéticamente relacionados, pero en él están ausentes las alucinaciones, las ideas delirantes y los trastornos importantes del comportamiento propios de la esquizofrenia, por lo que no siempre acaban reflejando su origen en ella. La manía y el trastorno delirante no están relacionados con la esquizofrenia, aunque puede ser difícil diferenciarlos en la clínica, especialmente en los estadios iniciales. Forman un grupo heterogéneo y no bien diferenciado de trastornos en los que, por las características de su duración, pueden distinguirse un grupo de trastornos delirantes persistentes y otro más amplio de trastornos psicóticos agudos y recurrentes. En último término, es especialmente frecuente en los países en desarrollo. Las subdivisiones de este capítulo deberían ser consideradas como provisionales. Los trastornos esquizoafectivos han sido incluidos aquí, a pesar de lo controvertido de su naturaleza.

F20

Esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción y del pensamiento, y por un afecto inapropiado o enabotado. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse ciertos déficit cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal el sentimiento de individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son a menudo compartidos o conocidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes explicatorias 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. Éste se suele sentir el centro de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o pensamientos del enfermo. Suelen presentarse otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o tener sus cualidades alteradas, y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente desde el comienzo y suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas poseen un significado especial, por lo general siniestro y entendido únicamente por 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 inhibidos, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y apropiados 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 puede estar quitándole sus

pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, el 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, o insidioso, con un desarrollo gradual de ideas y conductas delirantes. El curso a veces presenta una gran inestabilidad, pero 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 su descripción se han considerado síntomas agudos, resulta útil reunir los síntomas descritos en grupos que tienen una especial importancia para el diagnóstico y que suelen presentarse asociados entre sí. Éstos son:

- a) Eco, robo, inserción o difusión del pensamiento;
- b) ideas delirantes de control, influencia o penetración, claramente referidas al cuerpo o movimientos de los miembros, o a pensamientos, acciones o sensaciones específicos, percepción delirante;
- c) voces alucinatorias que comentan el comportamiento del paciente o 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, como las de identidad religiosa o política, o capacidades 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 o fugaces sin contenido afectivo claro, o de ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario, durante semanas, o meses, o permanentemente;
- f) neologismos o bloques en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje irracional, o incoherente, o lleno de neologismos;
- g) comportamiento catatónico, como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor;
- h) síntomas "negativos", como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, embotamiento 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 deben a una depresión o a medicación neuroléptica;
- i) un cambio consistente y significativo de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia de un mínimo de un síntoma muy evidente (o dos o más si son menos evidentes) de alguno de los grupos a) a d), o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre e) y h), que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan estos requisitos sintomáticos, pero con una duración menor de un mes (hayan sido tratados o no), deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2) y ser reclasificados como esquizofrenia si los síntomas persisten por un período de tiempo más largo. El síntoma i) de la lista precedente se aplica sólo a la esquizofrenia simple (F20.6) y requiere una duración de por lo menos un año.

Mirando retrospectivamente, puede aparecer de forma clara una fase prodrómica, en la cual ciertos síntomas y comportamientos, como pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personal, junto con ansiedad generalizada y grados leves de depresión y preocupación, precedió al inicio de los síntomas psicóticos en semanas e incluso meses. Dada la dificultad para definir un período de tiempo que al ser mencionado la categoría de un mes de duración se refiere únicamente a los síntomas específicos señalados más arriba y no a cualquiera de los que aparecen en la fase prodrómica no psicótica.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos precedieran claramente al trastorno afectivo. Si los síntomas afectivos y esquizofrénicos se desarrollan conjuntamente e incluso 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, el trastorno inducido 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 bajo la categoría F06.2, y aquellos inducidos por sustancias psicótropas, como F1x.5.

Formas de evolución

El curso de los trastornos esquizofrénicos se clasificará según los siguientes códigos de cinco caracteres:

- F20.0 Curso incierto.
- F20x.1 Episódica con déficit progresivo.
- F20x.2 Episódica con déficit estable.
- F20x.3 Episódica remitente.
- F20x.4 Con remisión incompleta.
- F20x.5 Con remisión completa.
- F20x.8 Otra forma de evolución.
- F20x.9 Curso incierto, período de observación demasiado corto.

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

Los síntomas paranoides más característicos son los siguientes:

- a) Ideas delirantes de persecución, referencia, celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal;
- b) voces alucinatorias que increpan al paciente dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, como, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos;
- c) alucinaciones olfativas, gustativas, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

Este grupo incluye una variedad de trastornos en los que la característica clínica única o más destacada la constituyen las ideas delirantes antiguas, que no pueden ser atribuidas a una causa orgánica o a un efecto emocional o afectivo. 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, los rasgos de personalidad y las circunstancias vitales es incierta y probablemente variable.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes

Se trata de un grupo de trastornos caracterizado por el desarrollo de una única o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí, que normalmente son persistentes y a veces pueden durar toda la vida. El contenido de las ideas delirantes es muy variable. A menudo son de persecución, hipocondríaca o de grandeza, pero también pueden referirse a litigios o celos o poner de manifiesto la convicción del individuo de que una parte de su propio cuerpo está deformada o que otros piensan que despiden mal olor o que es homosexual. Suele estar ausente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las alucinaciones auditivas claras y persistentes (o cas), los síntomas esquizofrénicos como las ideas delirantes de ser controlado, y el embotamiento afectivo, así como la presencia de una enfermedad cerebral son todas ellas incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, las alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, que no son típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen el diagnóstico. Aunque el trastorno suele comenzar en la edad media o avanzada, frecuentemente en los casos con creencias de tener deformidades en el cuerpo, surge en el adulto joven o incluso en el adolescente. El contenido de las ideas delirantes y el momento en el que aparecen suelen tener relación con alguna situación biográfica significativa, como, por ejemplo, las ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales. Fuera del comportamiento y las actitudes directamente relacionadas con el tema de las ideas o del sistema delirante, el afecto, el lenguaje y el resto de la conducta son normales.

Pautas para el diagnóstico

Las ideas delirantes deben ser la manifestación clínica única o la más destacada y deben estar presentes durante al 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 persistan en momentos en los que no exista alteración del humor. No debe existir evidencia de enfermedad cerebral, tampoco alucinaciones auditivas o que éstas sean ocasionales, ni antecedentes de síntomas esquizofrénicos (ideas delirantes de control, difusión del pensamiento, etc.).

Incluye: Paranoia.
 Psicosis paranoide.
 Estado paranoide.
 Parafrenia (tardía).
 Delirio sensitivo de referencia "sensitiver Beziehungswahn".

Excluye: Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0).
 Psicosis paranoide psicógena (F23.3).
 Reacción paranoide (F23.3).
 Esquizofrenia paranoide (F20.0).

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes

Esta es una categoría residual para los trastornos de ideas delirantes persistentes que no reúnen los criterios para un trastorno de ideas delirantes (F22.0). Deben codificarse aquí los trastornos en los que las ideas delirantes se acompañen de voces alucinatorias persistentes o de síntomas esquizofrénicos en grado insuficiente como para satisfacer las pautas de esquizofrenia (F20.-). Los trastornos delirantes que no se prolongan menos de tres meses de forma continuada, al menos transitoriamente, bajo el epígrafe F23.-.

Incluye: Dismorfofobia delirante.
 Estado paranoide involutivo.
 Psicosis que persiste.

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificar

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

Aún no se dispone de información clínica sistemática que facilite una orientación definitiva para la clasificación de los trastornos psicóticos agudos. Los datos existentes son limitados y la tradición clínica no proporciona conceptos claramente definidos y delimitados. En ausencia de un sistema multiaxial validado, el método empleado para evitar confusiones diagnósticas se basa en la construcción de una secuencia diagnóstica que refleje el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno. El que se ha utilizado es el siguiente:

- Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica que define al grupo general;
- presencia de síndromes típicos;
- presencia de estrés agudo asociado.

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

Asimismo, se recomienda utilizar para todos los trastornos de este grupo otra subdivisión que identifique la forma de comienzo cuando sea pertinente. El comienzo agudo se define como un cambio de un estado sin características psicóticas a otro claramente psicótico y anómalo en un período de dos semanas o menos. Hay evidencia de que el inicio agudo es signo de buen pronóstico, y es

posible que cuanto más súbito sea el inicio, mejor será el desenlace. Por ello se recomienda que se especifique cuando sea posible si el comienzo fue súbito (en el plazo de 48 horas o menos).

Los síndromes típicos seleccionados son, primero, el estado rápidamente cambiante y variable. Llamado aquí "polimórfico", al que se ha dado gran importancia 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 tradicional relación con la psicosis aguda. La escasa evidencia disponible, sin embargo, indica que una proporción importante de trastornos psicóticos agudos aparece en relación con el estrés. Por lo tanto, se ha de tomar nota de la presencia o ausencia de estrés. El estrés agudo asociado significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que podrían ser vivenciados como estresantes por la mayoría de la gente en circunstancias similares. Dentro de esta categoría de eventos, los acontecimientos típicos de esta clase son el duelo, la pérdida inesperada de un ser querido o del trabajo, el contraer matrimonio, el trauma psicológico del combate, el terrorismo o la tortura. Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en este contexto como fuente de estrés.

La recuperación completa tiene lugar en el primer tercio del plazo de los tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con este trastorno desarrolla estados persistentes e invalidantes. Desgraciadamente, el estado actual de nuestros conocimientos no permite la predicción temprana de esa pequeña proporción de enfermos que no tendrán una recuperación completa.

Se proponen estas descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, asumiendo que van a ser empleadas por profesionales que pueden necesitar hacer un diagnóstico al evaluar y tratar enfermos a los pocos días o semanas del comienzo del trastorno, sin saber cuál va a ser su duración. En consecuencia, se han incluido en el texto algunos señalamientos respecto a los límites de su duración y de la transición de uno a otro trastornos para alertar a quienes registren los diagnósticos de la necesidad de mantenerlos actualizados.

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

Pautas para el diagnóstico

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

Estos trastornos se definen también por la ausencia de una causa orgánica, como una 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 y evolución hayan aclarado este punto. Del mismo modo, los trastornos de F23.- no deben ser diagnosticados en presencia de una intoxicación evidente por sustancias psicótropas o alcohol. Sin embargo, un aumento reciente y moderado en el consumo de, por ejemplo, alcohol o cannabis sin evidencia de intoxicación

- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificar

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

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

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

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

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificar

Introducción

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

La alteración fundamental de estos trastornos es un cambio del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de euforia. Este cambio suele acompañarse de otro en el nivel general de actividad. La mayoría de los síntomas relacionados son secundarios a estas alteraciones del humor 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 la adolescencia se codificarán, por tanto, también de acuerdo con las pautas que siguen.

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

La forma de distinguir los diferentes grados de gravedad sigue siendo problemática; los tres grados, leve, moderado y grave, se incluyen aquí por el deseo de muchos clínicos.

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

F30 Episodio maníaco

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

Incluye: Trastorno bipolar, episodio maníaco aislado.

F30.0 Hipomanía

La hipomanía es un grado menor de manía (F30.1), en el que las alteraciones del humor y de la actividad mental persisten pero no están 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 la actividad y, por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. También se caracterizan por una personalidad más sociable, hablador, se comporte con una familiaridad excesiva, muestre un excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad del 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, la arrogancia y la grosería pueden sustituir a la más frecuente 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 llevar a cabo actividades y empresas totalmente nuevas o por gastar ligeramente en exceso.

Pautas para el diagnóstico

Deben presentarse varias de las características citadas anteriormente, consistentes en exaltación o alteración del estado de ánimo y aumento de la actividad 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 la actividad laboral o social permite el diagnóstico de hipomanía, pero si esta disrupción es grave o completa se debe diagnosticar de manía (F30.1 o F30.2).

Diagnóstico diferencial

La hipomanía ocupa un lugar intermedio en el espectro de los trastornos del humor y del nivel de actividad entre la ciclotimia (F34.0) y la manía (F30.1 y

El rasgo común que comparten los trastornos de este grupo es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y las sensaciones inmediatas, y el control de los movimientos corporales. Normalmente existe un grado considerable de control consciente sobre los recuerdos y sensaciones que pueden ser seleccionados por la atención inmediata y los movimientos que se van a 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 dominios funcionales están bajo un control voluntario.

Estos trastornos se clasificaron previamente como diferentes tipos de "histeria de conversión", pero actualmente se evita el término "histeria" en la medida de lo posible debido a sus múltiples significados. Se supone que los trastornos disociativos aquí descritos tienen un origen psicógeno y una estrecha relación con acontecimientos traumáticos, problemas sin solución o intolerables, o relaciones interpersonales alteradas. Por lo tanto, suele ser posible hacer interpretaciones o presunciones acerca de los medios a los que recurre el enfermo para manejar el estrés intolerable, pero no conceptos que se derivan de cualquier teoría en particular, como de la "motivación inconsciente" y "ganancia secundaria", no se incluyen entre las pautas diagnósticas.

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

El comienzo y la terminación de los estados disociativos suelen ser bruscos y rara vez pueden ser presenciados excepto en interacciones inverosímiles o procedimientos como la hipnosis o abreacción. La aparición y desaparición de un estado disociativo puede limitarse al tiempo que duren estas intervenciones. Todos los tipos de estados disociativos tienden a ser de corta duración, a menos que persistan, en especial si su comienzo tuvo relación con un acontecimiento biográfico traumático. Pueden desarrollarse estados más crónicos (que a veces surgen de un modo progresivo), en particular parálisis y anestias, si están relacionados con problemas sin solución o dificultades interpersonales. Los estados disociativos que persisten más de uno o dos años antes de recibir atención psiquiátrica suelen ser resistentes a los tratamientos.

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

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

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse las tres condiciones siguientes:

- a) Presencia de las características clínicas ya especificadas en la introducción (F44.-);
- b) ausencia de un trastorno somático que pudiera explicar los síntomas;
- c) evidencia de una génesis psicógena en forma de una clara relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones interpersonales alteradas (aunque sean negados por el enfermo).

A veces, a pesar de una fuerte sospecha, es difícil llegar a un convencimiento pleno de la génesis psicológica de los síntomas. En presencia de trastornos conocidos del sistema nervioso central o periférico, el diagnóstico de trastorno disociativo debe hacerse con cautela. Si faltan datos para reconocer una causa psicológica evidente, el diagnóstico debería ser provisional y se debe perseverar en la investigación de posibles factores psicológicos o somáticos.

Incluye: Histeria de conversión.
Reacción de conversión.
Histeria.
Psicosis histérica.

Excluye: Enfermedad fingida (simulación consciente) (Z76.5).

F44.0 Amnesia disociativa

La característica fundamental de este trastorno es la pérdida de memoria generalmente para hechos recientes importantes, cuando es debida a un trastorno mental orgánico y si demasiado generalizada para ser explicada por un olvido ordinario o por cansancio. La amnesia se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos, 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 el explorado, pero hay un núcleo central consistente que no puede ser recordado en estado de vigilia. La amnesia completa y generalizada es rara y por lo general forma parte de una fuga (F44.1), y si es así debe ser clasificada como tal.

Los síntomas afectivos que acompañan a una amnesia psicógena son muy variados, pero es rara una depresión grave. Pueden presentarse perplejidad, angustia y diversos grados de comportamiento de búsqueda de atención, pero a veces es sorprendente la tranquila aceptación del trastorno. Puede aparecer también un vagabundeo sin propósito, que suele acompañarse de autonegligencia y que rara vez dura más de uno o dos días.

Pautas para el diagnóstico

Un diagnóstico definitivo requiere:

- La presencia de amnesia, parcial o completa, para hechos recientes de naturaleza traumática o estresante (lo que a veces sólo se pone de manifiesto a través de información de terceros);
- la ausencia de un trastorno orgánico cerebral, intoxicación o fatiga excesiva.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que en los trastornos mentales orgánicos suelen estar presentes otros signos de alteración del sistema nervioso, así como signos evidentes y consistentes de obnubilación de la conciencia, desorientación y fluctuaciones del nivel de atención. La pérdida de memoria para hechos muy recientes es más típica de los trastornos orgánicos, con independencia de un problema o acontecimiento traumático. Las lagunas amnésicas graves debidas al abuso de alcohol u otras sustancias psicótropas ("black-outs") están íntimamente relacionadas con

el tiempo del abuso, y los recuerdos perdidos nunca pueden recuperarse. La pérdida de memoria a corto plazo del estado amnésico (síndrome de Korsakov) en la que la evocación inmediata es normal, pero está alterada a los dos o tres minutos, no se presenta en la amnesia disociativa.

La amnesia que es consecuencia de una conmoción cerebral o traumatismo craneal puede ser anterógrada o retrógrada, pero en los casos graves puede ser también anterógrada, mientras que la amnesia psicógena es casi siempre retrógrada. Sólo la amnesia disociativa puede ser modificada mediante hipnosis o abreactión. La amnesia postcrítica de los epilépticos y otros estados de estupor o mutismo ocasionales de los trastornos esquizofrénicos y depresivos puede diferenciarse por sus factores de origen y sus características.

El diagnóstico diferencial más difícil es con la amnesia conscientemente fingida (simulación), y pueden ser necesarias evaluaciones repetidas y detalladas de la personalidad premórbida y de las motivaciones.

Etiología: Surgen de amnesia de lóbulo temporal o consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas (F10-F19 con el mismo cuarto carácter x6).

Amnesia sin especificar (R41.3).

Amnesia anterógrada (R41.1).

Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol (F04).

Amnesia postcrítica de epilépticos (G40.2).

Amnesia retrógrada (R41.2).

F44.1 Fuga disociativa

Se trata de una fuga que tiene todas las características de una amnesia disociativa, a la que se añade un desplazamiento intencionado lejos del hogar o del lugar de trabajo durante el cual se mantiene el cuidado de sí mismo. En algunos casos puede asumirse una nueva identidad, por lo general por unos días, pero a veces durante largos períodos de tiempo y con un grado sorprendente de aparente autenticidad. Los viajes organizados 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 puede ser aparentemente normal para el que sin conocerle lo presencia.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes:

- Las características de la amnesia disociativa (F44.0);
- un desplazamiento intencionado del ámbito cotidiano (el límite entre el vagabundeo y el viaje depende del conocimiento de las circunstancias locales), y
- el mantenimiento del cuidado básico de sí mismo (en la comida, aseo, etc.) y de la interacción social superficial con extraños (comprar billetes o gasolina, preguntar por direcciones o encargar una comida).

Diagnóstico diferencial

La diferenciación con la fuga postcrítica de los epilépticos, que es característica del lóbulo temporal, es en general clara por los antecedentes de epilep-

Para un diagnóstico definitivo:

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

El diagnóstico debe mantenerse como probable o provisional si hay alguna duda sobre el papel de un trastorno somático posible o real, o si es imposible comprender el por qué se han presentado los síntomas. En los casos confusos o no bien definidos, es aconsejable siempre enunciar la posibilidad de la aparición posterior de una enfermedad somática o psiquiátrica graves.

Diagnóstico diferencial

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

Las quejas múltiples y mal definidas de síntomas somáticos deben ser clasificadas como trastornos somatoformes (F45.1) o neurósena (E40).

En la mayor parte de los trastornos mentales importantes, como la esquizofrenia o la depresión grave, pueden aparecer síntomas disociativos aislados, pero estos trastornos suelen ser evidentes y tienen prioridad para el diagnóstico y la codificación sobre los síntomas disociativos.

La sensibilidad y conciencia de la pérdida de la capacidad de movimiento y de la sensibilidad es a menudo muy difícil de distinguir de la disociación. La decisión quedará supeditada a la observación detallada y a lo que se logre de la comprensión de la personalidad del enfermo, de las circunstancias que rodean la aparición del trastorno y de las consecuencias que tenga la recuperación frente a continuar incapacitado.

F44.4 Trastornos disociativos de la motricidad

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 incoordinación de movimientos (ataxia), en particular de las piernas, dando lugar a modos extraños de andar o a una incapacidad para permanecer en pie sin ayuda (astasia-abasia). Pueden aparecer también temblores o sacudidas exageradas de una o más extremidades o de todo el cuerpo. Puede existir gran parecido con cualquier variedad de ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia o parálisis.

Incluye: Afonía psicógena.
Disfonía psicógena.

F44.5 Convulsiones disociativas

Las convulsiones disociativas (seudocrisis) pueden imitar a los ataques epilépticos en lo que se refiere a los movimientos, pero la mordedura de lengua, las convulsiones de elidasa, la cecidad y la incoordinación de otras sensaciones y no hay pérdida de la conciencia, aunque en ocasiones existe un estado de estupor o trance.

F44.6 Anestesia y pérdida sensorial disociativa

Las áreas de anestesia de la piel suelen tener unos límites que hacen evidente que están más relacionadas con las ideas del enfermo sobre las funciones corporales que con los conocimientos médicos. Puede haber también pérdidas diferenciadas entre las diversas modalidades sensoriales y que no pueden ser debidas a lesión neurológica. La pérdida sensorial puede acompañarse de parestesia.

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

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

Incluye: Sordera psicógena.

F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos

La combinación de los trastornos especificados con anterioridad (F44.0-F44.6) debe codificarse aquí.

F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)

F44.80 *Síndrome de Ganser*

Se trata de un trastorno complejo, descrito por Ganser y caracterizado por pararrspuestas o "respuestas aproximadas", por lo general acompañadas de otros síntomas disociativos, que suelen presentarse en circunstancias que sugieren una etiología psicógena.

F44.81 *Trastorno de personalidad múltiple*

Este trastorno es raro y no hay acuerdo acerca de hasta qué punto es yatrogénico o propio de una cultura determinada. La característica principal es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, de las cuales se manifiesta una sola cada vez. Cada personalidad es completa, con sus

propios recuerdos, comportamientos y preferencias, y pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única.

En la forma más común, con dos personalidades, una personalidad suele ser la dominante, pero nunca 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 suelen verse sólo y sólo en momentos relacionados con acontecimientos traumáticos. Los cambios subsiguientes se limitan a menudo a acontecimientos dramáticos o estresantes, o se presentan durante las sesiones con un terapeuta que utiliza la relajación, hipnosis o abreación.

F44.8Z *Trastorno disociativo (de conversión) transitorio de la infancia y la adolescencia*

F44.8B *Otros trastornos disociativos (de conversión) específicos*

Incluye: Confusión psicógena.
Estado crepuscular.

F44.9 *Trastorno disociativo (de conversión) sin especificar*

F45 Trastornos somatomorfos

El rasgo principal de estos trastornos es la presencia reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de los resultados negativos repetidos de las mismas y de las continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aun en los casos en los que realmente están presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar, ni 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, incluso cuando se presentan síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión, ya sea somático o psicológico, que puede lograrse acerca de la causa de los síntomas, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico.

En estos trastornos aparece 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 esencialmente somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial con las ideas delirantes hipocondríacas requiere, por lo general, conocer muy bien al enfermo. Incluso en los casos en los que existe

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos clínicos siguientes son esenciales para un diagnóstico definitivo:

- El síntoma predominante es la presencia de uno o más episodios de despertar durante el sueño, que comienzan con un grito de pánico y están caracterizados por una intensa ansiedad, excitación motriz e hiperactividad vegetativa (taquicardia, taquipnea, midriasis y sudoración);
- estos episodios repetidos tienen una duración característica de uno a diez minutos y por lo general se presentan durante el primer tercio del sueño nocturno;
- hay una relativa ausencia de respuesta frente a los intentos de otras personas para influir en el episodio de terror nocturno y de manera casi constante a estos intentos suelen suceder unos minutos de desorientación y movimientos repetitivos;
- el recuerdo del suceso es común y a menudo vívido (normalmente, una o dos imágenes mentales fragmentarias);
- no hay evidencia de un trastorno somático, como un tumor cerebral o epilepsia.

Diagnóstico diferencial

Es necesario distinguir los terrores nocturnos de las pesadillas. Estas últimas son los llamados "malos sueños", con escasas, si es que existen, vocalizaciones y manifestaciones motoras. Al contrario que en el caso de los terrores nocturnos, las pesadillas pueden presentarse en cualquier momento del sueño y el individuo puede despertarse fácilmente y tener un recuerdo muy detallado y vívido del acontecimiento.

Para diferenciar los terrores nocturnos de los ataques epilépticos, el médico debe tener en cuenta que los episodios epilépticos rara vez se presentan solamente durante el sueño, y que un registro electroencefalográfico anormal apoya el diagnóstico de epilepsia.

F51.5 Pesadillas

Las pesadillas son una experiencia onírica cargada de ansiedad o miedo, de la que el individuo tiene un recuerdo muy detallado. Esta experiencia es muy vívida y suele incluir temas que implican una amenaza para la supervivencia, la seguridad o la autoestima. Con mucha frecuencia se repite un mismo tema o temas similares. Durante un episodio típico se produce una cierta descarga vegetativa, pero no hay vocalizaciones ni una actividad motriz apreciable. Al despertar, el individuo alcanza rápidamente un estado de alerta y orientación normales. Su comunicación con los demás es adecuada y por lo general puede proporcionar gran cantidad de detalles sobre la experiencia onírica, tanto inmediatamente después como a la mañana siguiente.

En los niños no suelen existir trastornos psicológicos asociados a las pesadillas, ya que cuando se presentan a estas edades tienen relación normalmente con las fases específicas del desarrollo emocional. Por el contrario, los adultos con pesadillas presentan a menudo alteraciones psicológicas importantes, sobre todo en forma de trastornos de personalidad. Además, el consumo de algunas sustancias psicótropas, como la reserpina, tioridazina, antidepresivos tricíclicos y ben-

zodiacepinas, pueden contribuir a la aparición de pesadillas. Más aún, la supresión brusca de fármacos hipnóticos no benzodiacepínicos que suprimen el sueño REM (fase del descanso en la que se producen los sueños) puede potenciar la aparición de sueños y pesadillas por un efecto de rebote REM.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos clínicos siguientes son esenciales para un diagnóstico definitivo:

- El despertar de un sueño recurrente de una siesta con recuerdos detallados y muy vívidos de sueños terroríficos, que normalmente implican una amenaza para la supervivencia, seguridad o autoestima. El despertar puede tener lugar durante cualquier momento del período del sueño, aunque generalmente ocurre durante la segunda mitad del mismo;
- Una vez despierto, el individuo típicamente se encuentra asustado y alerta;
- tanto la experiencia onírica en sí misma como la alteración del sueño resultante provocan gran malestar al individuo.

Incluye: Trastorno de ansiedad del sueño.

Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar las pesadillas de los terrores nocturnos; en estos últimos, los episodios se presentan durante el primer tercio del sueño y se acompañan de intensa ansiedad, gritos de pánico, excesiva motilidad corporal e intensas descargas vegetativas. Además, en los terrores nocturnos no se recuerdan los detalles del sueño, ni inmediatamente después del episodio ni al despertarse a la mañana siguiente.

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificar

Incluye: Trastorno emocional del sueño sin especificar.

F52 **Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico**

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual

F52.1 Rechazo sexual y pérdida del placer sexual

CLASIFICACIÓN DE LA

CIE-10

DE LOS TRASTORNOS

MENTALES

Y DEL COMPORTAMIENTO

EN NIÑOS

Y ADOLESCENTES

Clasificación Multiaxial

de los trastornos

psiquiátricos en niños
y adolescentes

El diagnóstico en Psiquiatría involucra necesariamente la consideración de diversas manifestaciones clínicas. Al hacer el diagnóstico los psiquiatras tienden a variar en la importancia que dan a las adversidades psicosociales asociadas, a las características de personalidad y a los factores de riesgo y síntomas acompañantes. Afrontando estas manifestaciones en ejes separados del síndrome o patrón psicopatológico se ha mostrado que es posible registrar información clínicamente útil de una manera más integrada y comparable que en el abordaje categórico de enfermedad.

Este volumen incluye los cambios que se han hecho en la clasificación multi-axial, que se ha adaptado para facilitar su uso por aquellos que atienden los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. Las descripciones han sido agrupadas en ejes que se han elegido para proporcionar información precisa de la mayor utilidad clínica en el mayor número de casos. Constituido sobre el conocido marco original de cuatro ejes, el sistema se ha mejorado notablemente con la inclusión de un nuevo eje para las situaciones psicosociales y con la adición de un último eje, sexto sobre el nivel adaptativo, que permite a los clínicos codificar el nivel presente de discapacidad individual.

El esquema multiaxial proporciona un lenguaje común vital para describir los trastornos mentales y de la conducta de niños y adolescentes que puede ser utilizado por clínicos, planificadores de servicios e investigadores de diferentes países. Es una ayuda esencial para la comunicación de problemas clínicos y el desarrollo de los servicios que refleja los avances recientes en nuestra comprensión y reconocimiento de los trastornos mentales de los niños y adolescentes.

Asociación Mundial de Psiquiatría, Sección de psiquiatría infantil y adolescente

ISBN: 978-84-7903-491-7



9 788479 034917

EDITORIAL MEDICA
panamericana