

# DSM - IV TR

# Breviario



# Manual Diagnóstico DSM-IV TR

## Índice

Introducción.....	7
Definición de trastorno mental.....	8
Uso del DSM-IV.....	9
Limitaciones del enfoque categorial.....	9
Juicio clínico.....	9
Distinción entre trastorno mental y enfermedad médica.....	10
Escala de mecanismos de defensa.....	11
Niveles de defensa y mecanismos de defensa individuales.....	11
Nivel adaptativo elevado.....	11
Nivel de inhibiciones mentales (formación de compromisos).....	11
Nivel menor de distorsión de las imágenes.....	12
Nivel de encubrimiento.....	12
Nivel mayor de distorsión de las imágenes.....	12
Nivel de acción.....	12
Nivel de desequilibrio defensivo.....	12
Procedimientos de codificación y recogida de información.....	13
Códigos de diagnóstico.....	13
Especificaciones de la gravedad y el curso.....	13
Diagnóstico principal / motivo de la consulta.....	14
Diagnóstico provisional.....	14
Utilización de categorías no especificadas.....	14
Evaluación multiaxial.....	15
Eje I: Trastornos clínicos.....	15
Eje II: Trastornos de la personalidad.....	16
Eje III: Enfermedades médicas.....	16
Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.....	16
Eje V. Evaluación de la actividad global.....	17
Criterios de Diagnostico.....	18
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.....	18
Retraso Mental.....	18
F70 Retraso mental leve (317): .....	18
F71 Retraso mental moderado (318.0): .....	18
F72 Retraso mental grave (318.1): .....	18
F73 Retraso mental profundo (318.2): .....	18
F79 Retraso mental de gravedad no especificada (319): .....	18
Trastornos del aprendizaje.....	18
F81.0 Trastorno de la lectura (315.00).....	18
F81.2 Trastorno del cálculo (315.1).....	19
F81.8 Trastorno de la expresión escrita (315.2).....	19
Trastornos de las habilidades motoras .....	19
F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación (315.4).....	19
Trastornos de la comunicación .....	20
F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo (315.31).....	20
F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (315.31).....	20
F80.0 Trastorno fonológico (315.39).....	20
F98.5 Tartamudeo (307.01).....	21
Trastornos generalizados del desarrollo .....	21
F84.0 Trastorno autista (299.00).....	21

F84.2 Trastorno de Rett (299.80).....	22
F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (299-10) .....	22
F84.5 Trastorno de Asperger (299.80).....	23
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.....	24
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	24
F91.8 Trastorno disocial (312.8).....	25
F91.3 trastorno negativista desafiante (313.81).....	26
Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez.....	27
F98.3 Pica (307.52).....	27
F98.2 Trastorno por rumiación (307.59).....	27
Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (307.59).....	27
Trastornos de tics.....	28
F95.2 Trastorno de la Tourette (307.23).....	28
F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos (307.22).....	28
F95.0 Trastorno de tics transitorios (307.21).....	28
Trastornos de la eliminación.....	29
Encopresis.....	29
F98.0 Enuresis ( 307.6).....	29
Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia .....	29
F93.0 Trastorno de Ansiedad por separación (309.21).....	29
F94.0 Mutismo selectivo (313.23).....	30
F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (313.89).....	30
F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados (307.3).....	31
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos: .....	32
Delirium.....	32
F05.0 Delirium debido a... (indicar enfermedad médica) (293.0).....	32
Delirium por intoxicación por sustancias.....	32
Delirium por abstinencia de sustancias.....	33
delirium debido a múltiples etiologías.....	33
Demencia .....	34
F00 Demencia tipo Alzheimer.....	34
F00.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano.....	35
F00.1 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío.....	35
F01 Demencia vascular (290.4).....	35
F02 Demencia debida a otras enfermedades médicas.....	36
Demencia persistente inducida por sustancias.....	37
Demencia debida a múltiples etiologías.....	38
Trastornos amnésicos .....	38
F04 Trastorno amnésico debido a... (indicar enfermedad médica) (294.0).....	38
Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.....	39
Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados.....	39
F06.1 Trastorno catatónico debido a... (indicar enfermedad médica) (293.89).....	39
F07.0 Cambio de personalidad debido a... (indicar enfermedad médica) (310.1).....	39
Trastornos relacionados con sustancias.....	40
Criterios para la dependencia de sustancias.....	40
Criterios para el abuso de sustancias.....	41
Criterios para la intoxicación por sustancias.....	42
Criterios para la abstinencia de sustancias.....	42
Trastornos relacionados con el alcohol.....	42
F10.00 Intoxicación por alcohol (303.00).....	42
F10.3 Abstinencia de alcohol (291.8).....	42
Trastornos inducidos por el alcohol .....	43

Trastornos relacionados con alucinógenos.....	43
F16.0 Intoxicación por alucinógenos (292.89).....	43
F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks) (292.89).....	44
Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar) .....	44
F15.00 Intoxicación por anfetamina (292.89).....	44
F15.3 Abstinencia de anfetamina (292.0).....	45
Trastornos relacionados con cafeína .....	46
F15.00 Intoxicación por cafeína (305.90).....	46
Trastornos relacionados con Cannabis.....	46
F12.00 Intoxicación por Cannabis (292.89).....	46
Trastornos relacionados con cocaína .....	47
F14.00 Intoxicación por cocaína (292.89).....	47
F14.3 Abstinencia de cocaína (292.0).....	47
Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar).....	48
F19.00 Intoxicación por fenciclidina (292.89).....	48
Trastornos relacionados con inhalantes .....	49
F18.00 Intoxicación por inhalantes (292.89).....	49
Trastornos relacionados con nicotina .....	50
F17.3 Abstinencia de nicotina (292.0).....	50
Trastornos relacionados con opiáceos .....	50
F11.00 Intoxicación por opiáceos (292.89).....	50
F11.3 Abstinencia de opiáceos (292.0).....	50
Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos .....	51
F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.89).....	51
F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.0).....	52
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	52
Esquizofrenia.....	52
F20.0 Tipo paranoide (295.30).....	54
F20.0 Tipo desorganizado (295.10).....	54
F20.2 Tipo catatónico (295.20).....	54
F20.3 Tipo indiferenciado (295.90).....	55
F20.5 Tipo residual (295.60).....	55
F20.8 Trastorno esquizofreniforme (295.40).....	55
F25 Trastorno esquizoafectivo (295.70).....	56
F22.0 Trastorno delirante (297.1).....	56
F23.8 Trastorno psicótico breve (298.8).....	57
F24 Trastorno psicótico compartido (297.3).....	57
F06. Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) (293).....	58
Trastorno psicótico inducido por sustancias .....	58
Trastornos del estado del ánimo.....	59
Criterios para el episodio depresivo mayor.....	59
F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2).....	60
F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3).....	61
F34.1 Trastorno distímico (300.4).....	61
Criterios para el episodio maníaco.....	62
Criterios para el episodio mixto.....	63
Criterios para el episodio hipomaníaco.....	63
Trastornos bipolares.....	64
F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (296.0).....	64
F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco (296.40).....	64
F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco (296.4).....	64
F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (296.6).....	65

F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (296.5).....	65
F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado (296.7).....	66
F31.8 Trastorno bipolar II (296.89).....	66
F34.0 Trastorno ciclotímico (301.13).....	67
F06 Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica) (293.83).....	67
trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.....	68
Código para trastorno del estado de ánimo inducido por (sustancia específica):.....	69
Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco actual (o más reciente).....	70
Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio mixto actual (o más reciente).....	71
Criterios para la especificación de:.....	71
Trastornos de ansiedad.....	73
Crisis de pánico o crisis de angustia.....	73
Agorafobia.....	74
F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01).....	74
F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21).....	75
F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22).....	75
F40.02 Fobia específica (300.29).....	75
F40.1 Fobia social (300.23).....	76
F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3).....	77
F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81).....	78
F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3).....	79
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02).....	80
F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) (293.89).....	80
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.....	81
Trastornos somatomorfos: .....	82
F45.0 Trastorno de somatización (300.81).....	82
F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado (300.81).....	83
F44 Trastorno de conversión (300.11).....	83
F45.4 Trastorno por dolor.....	84
F45.2 Hipocondría (300.7).....	85
F45.2 Trastorno dismórfico corporal (300.7).....	85
Trastornos ficticios.....	85
F68.1 Trastorno ficticio (300).....	85
Trastornos disociativos.....	86
F44.0 Amnesia disociativa (300.12).....	86
F44.1 Fuga disociativa (300.13) .....	86
F44.81 Trastorno de identidad disociativo (300.14).....	86
F48.1 Trastorno de despersonalización (300.6) .....	87
Trastornos sexuales y de la identidad sexual.....	87
Trastornos del deseo sexual.....	87
F52.0 Deseo sexual hipoactivo (302.71).....	87
F52.10 Trastorno por aversión al sexo (302.79).....	87
Trastornos de la excitación sexual.....	88
F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer (302.72).....	88
F52.2 Trastorno de la erección en el varón (302.72).....	88
Trastornos del orgasmo.....	89
F52.3 Trastorno orgásmico femenino (302.73).....	89
F52.3 Trastorno orgásmico masculino (302.74).....	89
F52.4 Eyaculación precoz (302.75).....	90
Trastornos sexuales por dolor.....	90

F52.6 Dispareunia (302.76).....	90
F52.5 Vaginismo (306.51).....	90
Trastorno sexual debido a... (indicar enfermedad médica).....	91
Trastorno sexual inducido por sustancias.....	92
Parafilias.....	93
F65.2 Exhibicionismo (302.4).....	93
F65.0 Fetichismo (302.81).....	93
F65.8 Frotteurismo (302.89).....	93
F65.4 Pedofilia (302.2).....	93
F65.5 Masoquismo sexual (302.83).....	94
F65.5 Sadismo sexual (302.84).....	94
F65.1 Fetichismo transvestista (302.3).....	94
F65.3 Voyeurismo (302.82).....	94
Trastornos de la identidad sexual .....	95
F64 Trastorno de la identidad sexual (302).....	95
Trastornos de la conducta alimentaria: .....	96
F50.0 Anorexia nerviosa (307.1).....	96
F50.2 Bulimia nerviosa (307.51).....	96
Trastornos del sueño: .....	97
Disomnias.....	97
F51.0 Insomnio primario (307.42).....	97
F51.1 Hipersomnias primarias (307.44).....	97
G47.4 Narcolepsia (347).....	97
G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración (780.59) .....	98
F51.3 Trastorno del ritmo circadiano (307.45) .....	98
Parasomnias.....	99
F51.5 Pesadillas (307.47).....	99
F51.4 Terrores nocturnos (307.46).....	99
F51.3 Sonambulismo (307.46).....	99
Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental.....	100
F51.0 Insomnio relacionado con... (indicar el trastorno del Eje I o el Eje II) (307.42).....	100
F51.1 Hipersomnias relacionadas con... (indicar el trastorno del Eje I o el Eje II) (307.44).....	100
Otros trastornos del sueño .....	100
G47.X Trastorno del sueño debido a... (indicar enfermedad médica) (780.XX).....	100
trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias.....	101
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados: .....	102
F63.8 Trastorno explosivo intermitente (312.34).....	102
F63.2 Cleptomanía (312.32).....	102
F63.1 Piromanía (312.33).....	103
F63.0 Juego patológico (312.31).....	103
F63.3 Tricotilomanía (312.39).....	103
Trastornos Adaptativos.....	104
Trastornos Adaptativo.....	104

## Introducción

Ésta es la cuarta edición del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, el DSM-IV, de la American Psychiatric Association. La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Nuestra prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, esperamos que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos. Otro objetivo de este documento, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Hemos intentado asimismo que sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente.

Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos. Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. ej., investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares). Lo usan psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. El DSM-IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Afortunadamente, todos estos usos son compatibles.

El DSM-IV es producto de 13 grupos de trabajo (v. apéndice K), cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del grupo de trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran sólo las opiniones de sus miembros. Después de consultar de manera extensa con expertos y clínicos de cada materia, se seleccionó para el grupo de trabajo a aquellos miembros que representaran un amplio abanico de perspectivas y experiencias. Los miembros del grupo de trabajo aceptaron la idea de trabajar como grupo de consenso y no como abogados de los conceptos anteriores. Además, el grupo de trabajo debía seguir un proceso formal basado en las pruebas disponibles.

Los grupos de trabajo informaban al Comité Elaborador del DSM-IV (pág. IX), que constaba de 27 miembros, muchos de los cuales presidían asimismo algún grupo de trabajo. Cada uno de los 13 grupos de trabajo se componía de 5 (o más) miembros, cuyas opiniones eran analizadas por un grupo de entre 50 y 100 consejeros, escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones con el fin de proporcionar una guía conceptual y metodológica para la elaboración del DSM-IV. Entre ellas, muchas han estado dedicadas a consultas entre los realizadores del DSM-IV y los de la CIE-10, con el fin de aumentar la compatibilidad entre los dos sistemas. Asimismo, han tenido lugar otras reuniones centradas en el papel de los factores culturales en el diagnóstico de las enfermedades mentales, en el diagnóstico geriátrico y en el diagnóstico psiquiátrico en los centros de asistencia primaria.

Con el fin de mantener líneas de comunicación extensas y abiertas, el Comité Elaborador del DSM-IV ha establecido contactos con muchos otros componentes de la American Psychiatric Association y con más de 60 organizaciones y asociaciones interesadas en la confección del DSM-IV (American Health Information Management Association, American Nurse's Association, American Occupational Therapy Association, American Psychoanalytic Association, American Psychological Association, American Psychological Society, Coalition for the Family, Group for the Advancement of Psychiatry, National Association of Social Workers, National Center for Health Statistics, World Health Organization). Hemos intentado discutir los temas y los datos empíricos al empezar el trabajo, para poder identificar potenciales problemas y diferencias de

interpretación. Ha sido posible, asimismo, realizar intercambios de información mediante la distribución de un boletín informativo semianual (el DSM-IV Vupdate), la publicación de una columna de manera regular en Hospital and Community Psychiatry y charlas en reuniones nacionales e internacionales, así como diversos artículos de revistas.

Dos años antes de la publicación del DSM-IV, el Comité Elaborador publicó y distribuyó ampliamente el DSM-IV Options Book. En este libro se incluía un resumen de las propuestas alternativas que se pensaban introducir en el manual, y se solicitaban opiniones y datos adicionales para su posterior deliberación. Recibimos una extensa correspondencia de gente interesada, que nos proporcionó información y recomendaciones sobre el impacto potencial de posibles cambios en el DSM-IV en la práctica clínica, la enseñanza, la investigación y el trabajo administrativo. Todo esto nos ayudó a prever problemas y a intentar hallar la mejor solución. Un año antes de la publicación de este manual se distribuyó un penúltimo borrador con el fin de permitir la última crítica.

En el momento de tomar las últimas decisiones, los grupos de trabajo y el Comité Elaborador revisaron todo el material y toda la correspondencia reunidos. Creemos que la mayor innovación del DSM-IV reside no en cualquiera de los cambios específicos realizados, sino en el proceso sistemático y explícito mediante el cual se elaboró. Más que cualquier otra nomenclatura de trastornos mentales, el DSM-IV está basado en la observación empírica.

### **Definición de trastorno mental**

A pesar de que este volumen se titula MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, el término «trastorno mental» implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos «mentales» y «físicos» (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». El problema planteado por el término trastornos «mentales» ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo.

Es más, a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental». El término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción --como patología estructural (p. ej., colitis ulcerosa), forma de presentación de los síntomas (p. ej., migraña), desviación de la norma fisiológica (p. ej., hipertensión) y etiología (p. ej., neumonía neumocócica)-. Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

A pesar de estas consideraciones, la definición de trastorno mental del DSM-IV es la misma que la del DSM-III y la del DSM-III-R, ya que es tan útil como cualquier otra definición y, además, ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología, que deberían ser incluidas en el DSM-IV. En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas



de una disfunción.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Por esta razón, el texto del DSM-IV (al igual que el texto del DSM-III-R) evita el uso de expresiones como «un esquizofrénico» o «un alcohólico» y emplea las frases «un individuo con esquizofrenia» o «un individuo con dependencia del alcohol».

## **Uso del DSM-IV**

### **Limitaciones del enfoque categorial**

El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones del sistema de clasificación categorial.

En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico. En reconocimiento a la heterogeneidad de los casos clínicos, el DSM-IV incluye series de criterios politéticos, en los cuales sólo se necesita presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general (p. ej., el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad requiere sólo 5 de los 9 rasgos definitorios).

Algunos participantes en el proyecto sugirieron que la clasificación del DSM-IV se realizara siguiendo un modelo dimensional, a diferencia del DSM-III-R, que empleó un modelo categorial. El sistema dimensional clasifica los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos (más que en la asignación de categorías) y es de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos. A pesar de que este sistema aumenta la fiabilidad y proporciona mayor información clínica (ya que define atributos clínicos que pueden pasar desapercibidos en un sistema de categorías), posee serias limitaciones; por esta razón es menos útil para la práctica clínica y la investigación que el sistema de categorías. Las descripciones dimensionales numéricas resultan menos familiares y claras que los nombres de las categorías de los trastornos mentales. Es más, aún no existe acuerdo para la elección de las dimensiones óptimas que deben usarse para clasificar. Sin embargo, es posible que el aumento de la investigación y la familiaridad con los sistemas dimensionales conduzca a una mayor aceptación tanto como método de transmisión de la información como herramienta de investigación.

### **Juicio clínico**

El DSM-IV es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para uso clínico, .educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica; no es aconsejable que los profesionales con escasa información y experiencia clínica hagan uso del manual. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio

clínico, sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina. Por ejemplo, el juicio clínico puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos (siempre que estos signos y síntomas persistan durante largo tiempo y no se consideren graves). Por otra parte, la falta de familiarización con el manual o su aplicación demasiado flexible o estricta disminuyen su utilidad como lenguaje habitual de comunicación.

### **Distinción entre trastorno mental y enfermedad médica**

Los términos «trastorno mental» y «enfermedad médica» se usan ampliamente a través de todo el manual. El término «trastorno mental» se ha explicado antes. El término «enfermedad médica» se usa como expresión para denominar enfermedades y trastornos que se encuentran fuera del capítulo de «trastornos mentales y del comportamiento» de la CIE. Hay que subrayar que éstos son sólo términos de conveniencia y, por tanto, no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. De igual modo, sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales.

## **Escala de mecanismos de defensa**

Los mecanismos de defensa (o estrategias de afrontamiento) son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo. El individuo suele ser ajeno a estos procesos y a su puesta en funcionamiento. Los mecanismos de defensa median las reacciones personales frente a conflictos emocionales y amenazas de origen interno y externo. Estos mecanismos de defensa han sido divididos conceptual y empíricamente en grupos denominados niveles de defensa.

Para poder utilizar esta Escala de mecanismos de defensa, el clínico debe reconocer en un mismo individuo hasta siete de estos mecanismos (empezando por el más prominente), para luego establecer el nivel de defensa que predomina en cada individuo. El clínico debe reconocer mecanismos de defensa que mejor reflejen las estrategias de afrontamiento empleadas por el individuo durante la evaluación y añadir cualquier información disponible sobre los mecanismos de defensa del individuo en el período previo a la evaluación. Los mecanismos de defensa específicos reconocidos por el clínico deben recogerse en los distintos niveles de defensa.

Se expone en primer lugar el Eje de mecanismos de defensa para luego reproducir un ejemplo de registro. El resto del apartado consiste en una lista de definiciones de los mecanismos de defensa específicos y las estrategias de afrontamiento.

### **Niveles de defensa y mecanismos de defensa individuales**

#### **Nivel adaptativo elevado**

Este nivel de mecanismo de defensa da lugar a una óptima adaptación en el manejo de los acontecimientos estresantes. Estas defensas suelen maximizar la gratificación y permiten tener conciencia de los sentimientos, las ideas y sus consecuencias. También promueven un óptimo equilibrio entre opciones conflictivas. Ejemplos de defensas en este nivel son:

- afiliación
- altruismo
- anticipación
- autoafirmación
- autoobservación
- sentido del humor
- sublimación
- supresión

#### **Nivel de inhibiciones mentales (formación de compromisos)**

El mecanismo de defensa en este nivel permite que ideas, sentimientos, recuerdos, deseos o temores potencialmente peligrosos se mantengan fuera de la conciencia del individuo. Ejemplos son:

- abstención
- aislamiento afectivo
- desplazamiento
- disociación

- formación reactiva
- intelectualización
- represión

### **Nivel menor de distorsión de las imágenes**

Este nivel se caracteriza por distorsiones de la imagen de uno mismo o de los demás que pueden ser utilizadas para regular la autoestima. Ejemplos son:

- devaluación
- idealización
- omnipotencia

### **Nivel de encubrimiento**

Este nivel permite mantener situaciones de estrés, impulsos, ideas, afectos o responsabilidades desagradables o inaceptables fuera de la conciencia del individuo, sin ser atribuidos erróneamente a causas externas. Ejemplos son:

- negación
- proyección
- racionalización

### **Nivel mayor de distorsión de las imágenes**

Este nivel se caracteriza por una enorme distorsión o atribución incorrecta de las imágenes de uno mismo o de los demás. Ejemplos son:

- fantasía autista
- identificación proyectiva
- polarización de la propia imagen o de la de los demás

### **Nivel de acción**

Este nivel se caracteriza por mecanismos de defensa que se enfrentan a amenazas de origen interno o externo mediante una acción o una retirada. Ejemplos son:

- agresión pasiva
- Comportamiento impulsivo (acting out)
- quejas y rechazo de ayuda
- retirada apática

### **Nivel de desequilibrio defensivo**

Este nivel se caracteriza por el fracaso de la regulación de la defensa para contener las reacciones del individuo frente a las amenazas, lo que conduce a una marcada ruptura con la realidad objetiva. Ejemplos son:

- distorsión psicótica

- negación psicótica
- proyección delirante

## Procedimientos de codificación y recogida de información

### Códigos de diagnóstico

En algunos diagnósticos (p. ej., retraso mental, trastorno del estado de ánimo inducido por tóxicos), el código adecuado depende de especificaciones posteriores y aparece tras el texto y el conjunto de criterios propios del trastorno en cuestión. Los nombres de algunos trastornos van seguidos de términos alternativos situados entre paréntesis.

Los subtipos y las especificaciones pretenden incrementar la especificidad. Dentro de un diagnóstico, los subtipos definen subgrupos fenomenológicos mutuamente excluyentes y se indican en el conjunto de criterios mediante las palabras «especificar el tipo». Por ejemplo, el trastorno delirante incluye distintos tipos de acuerdo con el contenido de los delirios. Concretamente los tipos son siete: erotomaniaco, de grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático, mixto y no especificado. Por el contrario, las especificaciones no pretenden ser mutuamente excluyentes y están indicadas en el conjunto de criterios para las palabras «especificar si» (p. ej., en la fobia social, las intrucciones señalan «especificar si: generalizada»).

### Especificaciones de la gravedad y el curso

Habitualmente, el diagnóstico DSM-IV se aplica a las manifestaciones actuales del sujeto y no acostumbra utilizarse para denotar diagnósticos anteriores de los que el individuo ya está recuperado. Una vez establecido el diagnóstico, pueden aplicarse las siguientes especificaciones indicadoras de gravedad y curso evolutivo: leve, moderado, grave, en remisión parcial, en remisión total e historia anterior.

Las especificaciones leve, moderado y grave sólo deben utilizarse cuando el trastorno cumpla en el momento presente todos los criterios. Al decidir si la presentación del trastorno ha de describirse como leve, moderada o grave, el clínico debe tener en cuenta el número e intensidad de los signos y síntomas del trastorno en cuestión, así como cualquier irregularidad en la actividad laboral o social. En la mayor parte de los trastornos hay que utilizar las siguientes directrices:

Leve: Son pocos, o ninguno, los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral.

Moderado: Existen síntomas o deterioro [funciona] situados entre «leve» y «grave».

Grave: Se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral.

En remisión parcial: Con anterioridad se cumplían todos los criterios del trastorno, pero en la actualidad sólo permanecen algunos de sus síntomas o signos.

En remisión total: Ya no existe ningún síntoma o signo del trastorno, pero todavía es relevante desde un punto de vista clínico tener en cuenta dicho trastorno.

Historia anterior: En determinados casos puede ser útil reconstruir la historia de los criterios cumplidos por el trastorno, aun cuando el individuo esté recuperado en la actualidad.

Son varios los trastornos que cuentan con criterios específicos para definirlos como leves, moderados y graves: retraso mental, trastorno disocial, episodio maniaco y episodio depresivo

mayor. Otros cuentan con criterios específicos para definirlos en remisión parcial y en remisión total: episodio maníaco, episodio depresivo mayor y dependencia de sustancias.

Recidiva: En la práctica clínica, es frecuente que los sujetos, tras un período de tiempo en que ya no se cumplen todos los criterios del trastorno (p. ej., en remisiones o recuperaciones parciales o totales), desarrollen ciertos síntomas que sugieren la recidiva de su trastorno original, pero que sin embargo no cumplen las exigencias diagnósticas especificadas en la tabla de criterios.

### **Diagnóstico principal / motivo de la consulta**

Cuando en una hospitalización se establece más de un diagnóstico a un individuo, el diagnóstico principal corresponderá a aquel trastorno que, tras estudiar el caso, se considere responsable principal del ingreso. En la mayor parte de los casos el diagnóstico principal o el motivo de la consulta también constituyen el principal objeto de atención o tratamiento.

Con frecuencia es difícil (y algo arbitrario) determinar qué diagnóstico es el principal o el motivo de la consulta, especialmente en situaciones de «doble diagnóstico». Por ejemplo, puede no quedar claro qué diagnóstico debe considerarse «principal» en el caso de una persona hospitalizada por esquizofrenia e intoxicación por anfetaminas, puesto que cada uno de estos trastornos podría haber contribuido igualmente a la necesidad de ingreso y tratamiento.

Los diagnósticos múltiples pueden formularse en forma multiaxial o no axial. Cuando el diagnóstico principal corresponde a un trastorno del Eje I, esto se indica situándolo en primer lugar. Los restantes trastornos se ordenan según el objetivo asistencial y terapéutico. Cuando una persona cuenta con diagnósticos tanto del Eje I como del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de la visita radicará en el Eje I a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la expresión «(diagnóstico principal)» o «(motivo de la consulta)».

### **Diagnóstico provisional**

Cuando existe una clara presunción de que todos los criterios para un trastorno se cumplirán en última instancia, pero no se dispone de suficiente información para formular un diagnóstico firme, en tal caso puede utilizarse la especificación provisional. El término provisional también se utiliza en aquellas situaciones en las que el diagnóstico diferencial depende exclusivamente de la duración de la enfermedad. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme requiere una duración inferior a 6 meses y sólo puede formularse provisionalmente si se asigna antes de haber sobrevenido la remisión.

### **Utilización de categorías no especificadas**

Dada la diversidad de las presentaciones clínicas, es imposible que la nomenclatura diagnóstica abarque cualquier situación posible. Por este motivo, cada clase de diagnóstico cuenta por lo menos con una categoría no especificada y algunas clases en particular incluyen varias categorías no especificadas. Son cuatro las situaciones en que puede estar indicado formular un diagnóstico no especificado:

- La presentación del cuadro coincide con las directrices generales específicas de un trastorno mental en la clase diagnóstica correspondiente, pero la sintomatología no cumple los criterios de alguno de los trastornos específicos.
- La presentación del cuadro constituye un patrón sintomático que no ha sido incluido en la Clasificación DSM-IV, pero da lugar a deterioro o malestar clínicamente significativos.
- La etiología es incierta (p. ej., si el trastorno se debe a una enfermedad médica, está inducido por una sustancia, o es primario).
- No hay oportunidad para una recogida completa de datos o la información es incoherente o

contradictoria, pero existe suficiente información para incluirla dentro de una clase diagnóstica concreta (p. ej., el clínico determina que el sujeto tiene síntomas psicóticos, pero carece de información suficiente para diagnosticar un trastorno psicótico específico).

## **Evaluación multiaxial**

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento M tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

Eje I Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II Trastornos de la personalidad

Retraso mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta.

El resto de este apartado describe cada uno de los ejes DSM-IV.

### **Eje I: Trastornos clínicos**

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental (que se han incluido en el Eje II).

Los principales grupos de trastornos incluidos en el Eje I constan en el cuadro que aparece más adelante. También se anotan en el Eje I otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica.

Cuando un individuo sufre más de un trastorno del Eje I, deben registrarse todos ellos (ver ejemplos). Cuando se presenta más de un trastorno del Eje I, debe indicarse en primer lugar el diagnóstico principal o el motivo de consulta. Cuando una persona presente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de consulta corresponde al Eje I, a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la frase «(diagnóstico principal)» o «(motivo de consulta)».

### **Eje I: Trastornos clínicos**

- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

- **Trastornos:** de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, mentales debidos a una enfermedad médica, relacionados con sustancias, del estado de ánimo, de ansiedad, somatomorfos, facticios, disociativos, sexuales y de la identidad sexual, de la conducta alimentaria, del sueño, del control de los impulsos no clasificados en otros apartados, adaptativos
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

## **Eje II: Trastornos de la personalidad**

Retraso mental

El Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Enumerar los trastornos de la personalidad y el retraso mental en un eje separado asegura que se tomará en consideración la posible presencia de trastornos de la personalidad y retraso mental, anomalías éstas que pudieran pasar desapercibidas cuando se presta atención directa a trastornos del Eje I, habitualmente más floridos. La codificación de los trastornos de la personalidad en el Eje II no implica que su patogenia o la índole de terapéutica apropiada sean fundamentalmente diferentes de las implicadas en los trastornos codificados en el Eje I.

El Eje II también puede utilizarse para indicar ciertas características desadaptativas de personalidad que no cumplen los mínimos necesarios para constituir un trastorno de la personalidad. También puede indicarse en el Eje II el uso habitual de mecanismos de defensa desadaptativos.

### **Eje II: Trastornos de la personalidad**

- Retraso mental
- **Trastornos:** paranoide de la personalidad, esquizoide de la personalidad, esquizotípico de la personalidad, antisocial de la personalidad, límite de la personalidad, histriónico de la personalidad, narcisista de la personalidad, de la personalidad por evitación, de la personalidad por dependencia, obsesivo-compulsivo de la personalidad, de la personalidad no especificado

## **Eje III: Enfermedades médicas**

El Eje III incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto.

Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos implicados en este efecto son fisiológicos.

## **Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales**

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Ejes I y II). Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

Por razones de conveniencia los problemas se han agrupado en las siguientes categorías:

- **Problemas relativos al grupo primario de apoyo:** por ejemplo, fallecimiento de un miembro



de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos.

- Problemas relativos al ambiente social: por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).
- Problemas relativos a la enseñanza: por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.
- Problemas laborales: por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles.
- Problemas de vivienda: por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada.
- Problemas económicos: por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente.
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: por ejemplo, arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.
- Otros problemas psicosociales y ambientales: por ejemplo, exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

### **Eje V. Evaluación de la actividad global**

El Eje V incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución.

#### **Ejemplos de cómo registrar los resultados de una evaluación multiaxial según el DSM-IV**

*Ejemplo 1:*

Eje I: F32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, sin síntomas psicóticos [296.23]

F10.1 Abuso de alcohol [305.00]

Eje II: F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6]

Frecuente uso de la negación

Eje III: Ninguno

Eje IV: Amenaza de pérdida de empleo

Eje V: EEAG = 35 (actual)

## Criterios de Diagnostico

### Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

#### *Retraso Mental*

- A.** Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un Coeficiente Intelectual (CI) aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).
- B.** Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
- C.** El inicio es anterior a los 18 años.

#### **F70 Retraso mental leve (317):**

CI entre 50-55 y aproximadamente 70.

#### **F71 Retraso mental moderado (318.0):**

CI entre 35-40 y 50-55.

#### **F72 Retraso mental grave (318.1):**

CI entre 20-25 y 35-40.

#### **F73 Retraso mental profundo (318.2):**

CI inferior a 20-25.

#### **F79 Retraso mental de gravedad no especificada (319):**

cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

#### *Trastornos del aprendizaje*

#### **F81.0 Trastorno de la lectura (315.00)**

- A.** El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

**B.** La alteración del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.

**C.** Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

**Nota de codificación.** Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

### **F81.2 Trastorno del cálculo (315.1)**

**A.** La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

**B.** El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.

**C.** Si hay un déficit sensorial las dificultades para el rendimiento en cálculo exceden de las habitualmente asociadas a él.

**Nota de codificación.** Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

### **F81.8 Trastorno de la expresión escrita (315.2)**

**A.** Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.

**B.** El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p. ej., escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).

**C.** Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las asociadas habitualmente a él.

**Nota de codificación.** Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

## **Trastornos de las habilidades motoras**

### **F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación (315.4)**

**A.** El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (p. ej., caminar, gatear, sentarse), caérsele los objetos de la mano, "torpeza", mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente.

**B.** El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.

**C.** El trastorno no se debe a una enfermedad médica (p. ej., parálisis cerebral, hemiplejia o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

**D.** Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las asociadas habitualmente a él.

**Nota de codificación.** Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

## **Trastornos de la comunicación**

### **F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo (315.31)**

**A.** Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. El trastorno puede manifestarse clínicamente a través de unos síntomas que incluyen un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto.

**B.** Las dificultades del lenguaje expresivo interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.

**C.** No se cumplen criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo ni de trastorno generalizado del desarrollo.

**D.** Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales problemas.

**Nota de codificación.** Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

### **F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (315.31)**

**A.** Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.

**B.** Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

**C.** No se cumplen los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

**D.** Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

**Nota de codificación.** Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

### **F80.0 Trastorno fonológico (315.39)**

**A.** Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p. ej., errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro (utilización del sonido /t/ en lugar de /k/ u omisiones de sonidos tales como consonantes finales).

**B.** Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

**C.** Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

**Nota de codificación.** Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

### **F98.5 Tartamudeo (307.01)**

**A.** Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (adecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de más de los siguientes fenómenos:

1. repeticiones de sonidos y sílabas
2. prolongaciones de sonidos
3. interjecciones
4. palabras fragmentadas (p. ej., pausas dentro de una palabra)
5. bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
6. circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
7. palabras producidas con un exceso de tensión física
8. repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., "Yo-yo-yo le veo")

**B.** La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

**C.** Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.

**Nota de codificación.** Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

## **Trastornos generalizados del desarrollo**

### **F84.0 Trastorno autista (299.00)**

**A.** Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

**1.** alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

**(a)** importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

**(b)** incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.

**(c)** ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).

**(d)** falta de reciprocidad social o emocional.

**2.** alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

**(a)** retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).

**(b)** en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

- (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- (d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

**3.** patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
- (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- (d) preocupación persistente por partes de objetos

**B.** Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

**C.** El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

### **F84.2 Trastorno de Rett (299.80)**

**A.** Todas las características siguientes:

1. desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
2. desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
3. circunferencia craneal normal en el nacimiento.

**B.** Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

1. desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
2. pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
3. pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
4. mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
5. desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

### **F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (299-10)**

**A.** Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

**B.** Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. lenguaje expresivo o receptivo
2. habilidades sociales o comportamiento adaptativo
3. control intestinal o vesical
4. juego

5. habilidades motoras

**C.** Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
2. alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos

**D.** El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

### **F84.5 Trastorno de Asperger (299.80)**

**A.** Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
2. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
4. ausencia de reciprocidad social o emocional

**B.** Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
2. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
3. manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
4. preocupación persistente por partes de objetos

**C.** El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

**E.** No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

**F.** No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

## Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

### Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

**A.** Existen 1 o 2:

**1.** seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

**2.** seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

**B.** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones



estaban presentes antes de los 7 años de edad.

**C.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

**D.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**E.** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

### ***F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)***

Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

### ***F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00)***

Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

### ***F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)***

Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

**Nota de codificación.** En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en "remisión parcial".

## **F91.8 Trastorno disocial (312.8)**

**A.** Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

### *Agresión a personas y animales*

1. a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. a menudo inicia peleas físicas
3. ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. ha manifestado crueldad física con personas
5. ha manifestado crueldad física con animales
6. ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatarse bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. ha forzado a alguien a una actividad sexual

### *Destrucción de la propiedad*

8. ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves,
9. ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

### *Fraudulencia o robo*

10. ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
11. . a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros)
12. ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

### *Violaciones graves de normas*

13. a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
14. se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

**B.** El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**C.** Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

#### ***Tipo de inicio infantil:***

Se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

#### ***Tipo de inicio adolescente:***

ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

#### ***Especificar la gravedad:***

- **Leve:** pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros
- **Moderado:** el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves"
- **Grave:** varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

### **F91.3 trastorno negativista desafiante (313.81)**

**A.** Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

1. a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
2. a menudo discute con adultos
3. a menudo desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus obligaciones
4. a menudo molesta deliberadamente a otras personas
5. a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento

6. a menudo es susceptible o fácilmente molesto por otros
7. a menudo es colérico y resentido
8. a menudo es rencoroso o vengativo

Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

**B.** El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

**C.** Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

**D.** No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

### **Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez**

#### **F98.3 Pica (307.52)**

**A.** Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos 1 mes.

**B.** La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.

**C.** La conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.

**D.** Si la conducta ingestiva aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia) es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

#### **F98.2 Trastorno por rumiación (307.59)**

**A.** Regurgitaciones repetidas, sin náuseas o enfermedad gastrointestinal asociada por lo menos durante un mes, tras un período de funcionamiento normal.

**B.** Pérdida de peso o incapacidad para alcanzar el peso normal.

#### **Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (307.59)**

**A.** Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos 1 mes.

**B.** La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej., reflujo esofágico).

**C.** El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de rumiación) o por la no disponibilidad de alimentos.

**D.** El inicio es anterior a los 6 años de edad.

## **Trastornos de tics**

### **F95.2 Trastorno de la Tourette (307.23)**

- A.** En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo, (una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado.)
- B.** Los tics aparecen varias veces al día (habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a más de 3 meses consecutivos.
- C.** El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E.** La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (p. ej., estimulante) o de una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis pos vírica).

### **F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos (307.22)**

- A.** En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics vocales o motores simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos ni estereotipados), pero no ambos.
- B.** Los tics aparecen varias veces al día casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a 3 meses consecutivos.
- C.** La alteración causa un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posvídica).
- F.** Nunca se han satisfecho criterios del trastorno de la Tourette.

### **F95.0 Trastorno de tics transitorios (307.21)**

- A.** Tics motores y/o vocales simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados).
- B.** Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos.
- C.** La alteración causa un notable malestar o un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E.** La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis postvídica).
- F.** Nunca se han cumplido criterios de trastorno de la Tourette ni de trastorno de tics crónicos

motores o vocales.

## **Trastornos de la eliminación**

### **Encopresis**

- A.** Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (p. ej., vestidos o suelos), sea involuntaria o intencionada.
- B.** Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- C.** La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).
- D.** El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

**Codificar del modo siguiente:**

#### ***F98.1 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (787.6)***

(también código F59.0 Estreñimiento en Eje III)

#### ***F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento (307.7)***

### **F98.0 Enuresis ( 307.6)**

- A.** Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada).
- B.** El comportamiento en cuestión es clínicamente significativa, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).
- D.** El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Especificar tipo:

- **Sólo nocturna**
- **Sólo diurna**
- **Nocturna y diurna**

## **Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia**

### **F93.0 Trastorno de Ansiedad por separación (309.21)**

**A.** Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

1. malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del

hogar o de las principales figuras vinculadas

2. preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
3. preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
4. resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
5. resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
6. negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
7. pesadillas repetidas con temática de separación
8. quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

**B.** La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

**C.** El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

**D.** La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**E.** La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar si:

- **Inicio temprano:** si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad.

### **F94.0 Mutismo selectivo (313.23)**

**A.** Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.

**B.** La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.

**C.** La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).

**D.** La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.

**E.** El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

### **F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (313.89)**

**A.** Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de\* edad, y puestas de manifiesto por 1 o 2:

1. incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o

responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (p. ej., el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría)

2. vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej., excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación)

**B.** El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

**C.** La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:

1. desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto
2. desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño
3. cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza)

**D.** Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A (p. ej., las alteraciones del criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el Criterio C).

#### ***F94.1 Tipo inhibido:***

si predomina el Criterio A1 en la presentación clínica

#### ***F94.2 Tipo desinhibido:***

si predomina el Criterio A2 en la presentación clínica

### **F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados (307.3)**

**A.** Comportamiento motor repetitivo, que parece impulsivo, y no funcional (p. ej., sacudir o agitar las manos, balancear el cuerpo, dar cabezazos, mordisquear objetos, automorderse, pinchar la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).

**B.** El comportamiento interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas que requieren tratamiento médico (o que provocarían una lesión si no se tomaran medidas preventivas).

**C.** Si hay retraso mental, el comportamiento estereotipado o autolesivo es de gravedad suficiente para constituir un objetivo terapéutico.

**D.** El comportamiento no se explica mejor por una compulsión (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), un tic (como en el trastorno por tics), una estereotipia que forma parte de un trastorno generalizado del desarrollo o una tracción del cabello (como en la tricotilomanía).

**E.** El comportamiento no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

**F.** El comportamiento persiste durante 4 semanas o más.

Especificar si:

- **Con comportamiento autolesivo:** si el comportamiento da lugar a daño corporal que requiera tratamiento específico (o que daría lugar a daño corporal si no se tomaran

medidas protectoras).

## Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:

### Delirium

#### **F05.0 Delirium debido a... (indicar enfermedad médica) (293.0)**

**A.** Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

**B.** Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.

**C.** La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

**D.** Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

**Nota de codificación:** si el delirium está sobreañadido a una demencia preexistente, código F05.1.

**Nota de codificación:** incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F05.0 Delirium debido a encefalopatía hepática [293.0]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

#### **Delirium por intoxicación por sustancias**

**A.** Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

**B.** Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.

**C.** La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

**D.** Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de 1 o 2.

1. los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante la intoxicación por la sustancia
2. el consumo de medicamentos se estima relacionado etiológicamente con la alteración\*

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los que son propios del síndrome de intoxicación y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

\*Nota: El diagnóstico debe hacerse como delirium inducido por sustancias si está relacionado con el uso de la medicación.

#### **Códigos para el delirium por intoxicación por (sustancia específica):**



***F10.03 Alcohol [291.0]***

***F16.03 Alucinógenos [292.81]***

***F15.03 Anfetaminas (o sustancias afines) [292.81]***

***F12.03 Cannabis [292.81]***

***F14.03 Cocaína [292.81]***

***F19.03 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) [292.81]***

***F18.03 Inhalantes [292.81]***

***F11.03 Opiáceos [292.81]***

***F13.03 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.81]***

***F19.03 Otras sustancias (o sustancias desconocidas) [292.81] (p. ej., cimetidina, digital, benzotropina)***

### **Delirium por abstinencia de sustancias**

**A.** Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

**B.** Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.

**C.** La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

**D.** Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas laboratorio, de que los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante poco después de un síndrome de abstinencia.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de abstinencia de sustancias sólo cuando síntomas cognoscitivos excedan de los propios del síndrome de abstinencia y cuando los síntomas sean la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

#### **Códigos para el delirium por abstinencia de (sustancia específica):**

***F10.4 Alcohol [291.0];***

***F13.4 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.81];***

***F1 Otras sustancias (o desconocidas) [292.81]***

### **delirium debido a múltiples etiologías**

**A.** Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

**B.** Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una

demencia previa o en desarrollo.

**C.** La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

**D.** Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que el delirium tiene más de una etiología (p. ej., más de una enfermedad médica, una enfermedad médica más una intoxicación por sustancias o por efectos secundarios de los medicamentos).

**Nota de codificación:** Utilizar los códigos necesarios que reflejen el tipo de delirium y su etiología específica, por ejemplo, F05.0 Delirium debido a encefalitis vírica [293.0] y F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol [291.0].

## **Demencia**

### **F00 Demencia tipo Alzheimer**

**A.** La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
  - (a) afasia (alteración del lenguaje)
  - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
  - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
  - (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

**B.** Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

**C.** El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

**D.** Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

1. otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
2. enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
3. enfermedades inducidas por sustancias

**E.** Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**F.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

## **F00.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano**

Su inicio es a los 65 años o antes

**Con delirium:** si el delirium se sobreañade a la demencia

**Con ideas delirantes:** si las ideas delirantes son el síntoma predominante

**Con estado de ánimo depresivo:** si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

**No complicado:** si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

## **F00.1 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío**

Su inicio es después de los 65 años

**Con delirium:** si el delirium se sobreañade a la demencia

**Con ideas delirantes:** si las ideas delirantes son el síntoma predominante

**Con estado de ánimo depresivo:** si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

**No complicado:** si ninguno de los antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

*Especificar si:*

- Con trastorno de comportamiento.

## **F01 Demencia vascular (290.4)**

**A.** La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

**1.** deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

**2.** una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje)

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta)

(d) alteración de la actividad constructiva (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

**B.** Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

**C.** Los signos y síntomas neurológicos (p. ej., exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (p. ej., infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).

**D.** Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**Con delirium:**

si el delirium se sobreañade a la demencia.

**Con ideas delirantes:**

si las ideas delirantes son el síntoma predominante.

**Con estado de ánimo depresivo:**

si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

**No complicada:**

si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

Especificar si:

- Con alteración de comportamiento.

**F02 Demencia debida a otras enfermedades médicas**

**A.** La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

**1.** deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

**2.** una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje)

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)

(d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

**B.** Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

**C.** Demostración a través de la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiopatológico directo de una de las enfermedades médicas enumeradas más abajo.

**D.** Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**F02.4 Demencia debida a enfermedad por VIH [294.9]**

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III B22.0 Enfermedad por VIH que provoca encefalopatía [043.1].

**F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal [294.1]**

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III S06.9 Lesión intracraneal [854.00].

### ***F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson [294.1]***

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G20 Enfermedad de Parkinson [332.0].

### ***F02.2 Demencia debida a enfermedad de Huntington [294.1]***

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G10 Enfermedad de Huntington [333.4].

### ***F02.0 Demencia debida a enfermedad de Pick [290.10]***

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G31.0 Enfermedad de Pick [331.1].

### ***F02.1 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [290.10]***

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [046.1].

### ***F02.8 Demencia debida a... (indicar enfermedad médica no enumerada antes) [294.1]***

Por ejemplo, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumor cerebral, deficiencia de vitamina B<sub>12</sub>, irradiación intracraneal

Nota de codificación: Codificar también en Eje III la enfermedad médica.

## **Demencia persistente inducida por sustancias**

**A.** La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

**1.** deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

**2.** una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje)

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)

(d) alteración de la actividad de ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

**B.** Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

**C.** Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

**D.** Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que los déficit están etiológicamente relacionados con los efectos persistentes del consumo de sustancias (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

**Código para la demencia persistente inducida por (sustancia específica):**

**F10.73 Alcohol [291.2]**

**F18.73 Inhalantes [292.82]**

**F13.73 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.82]**

**F19.73 Otras (sustancias desconocidas) [292.82]**

### **Demencia debida a múltiples etiologías**

**A.** La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

**1.** deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

**2.** una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje)

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)

(d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

**B.** Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

**C.** Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que la alteración posee más de una etiología (p. ej., traumatismo craneal más consumo crónico de alcohol, demencia tipo Alzheimer con el subsiguiente desarrollo de demencia vascular).

**D.** Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

### **Trastornos amnésicos**

#### **F04 Trastorno amnésico debido a... (indicar enfermedad médica) (294.0)**

**A.** El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva o por la incapacidad para recordar información aprendida previamente.

**B.** La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.

**C.** La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia.

**D.** Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto directo de la enfermedad médica (incluyendo un traumatismo físico).

Especificar si:

- **Transitorio:** si el deterioro de la memoria dura menos de 1 mes.
- **Crónico:** si el deterioro de la memoria dura más de 1 mes.

**Nota de codificación:** Anotar el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F04 Trastorno amnésico debido a traumatismo cerebral [294.0]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

### **Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias**

- A.** El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente.
- B.** La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.
- C.** La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.
- D.** Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de la sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

**Códigos para el trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (sustancias específicas):**

***F10.6 Alcohol [291.1]***

***F13.6 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.83]***

***F19.6 Otras sustancias (o desconocidas) [292.83]***

## **Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados**

### **F06.1 Trastorno catatónico debido a... (indicar enfermedad médica) (293.89)**

- A.** La presencia de catatonía se manifiesta por inmovilidad motora, actividad motora excesiva (aparentemente sin propósito y que no es influida por estímulos externos), negativismo extremo o mutismo, movimientos voluntarios peculiares, ecolalia o ecopraxia.
- B.** Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., episodio maníaco).
- D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.1 Trastorno catatónico debido a encefalopatía hepática [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

### **F07.0 Cambio de personalidad debido a... (indicar enfermedad médica) (310.1)**

- A.** Alteración duradera de la personalidad que representa un cambio de las características previas del patrón de personalidad del sujeto. (En los niños la alteración se expresa por una acusada desviación del desarrollo normal o por un cambio significativo en el patrón habitual del comportamiento del niño y que se mantiene como mínimo durante 1 año.)

**B.** Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (incluyendo otros trastornos mentales debidos a enfermedad médica).

**D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium y no cumple los criterios diagnósticos para la demencia.

**E.** La alteración causa un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el tipo:

- **Tipo lábil:** si el síndrome predominante es la labilidad afectiva.
- **Tipo desinhibido:** si el síntoma predominante es el descontrol de los impulsos, manifestado por indiscreciones sexuales, etc.
- **Tipo agresivo:** si el síntoma predominante es el comportamiento agresivo.
- **Tipo apático:** si el síntoma predominante es la apatía o indiferencia acusadas.
- **Tipo paranoide:** si el síntoma predominante es la suspicacia o ideación paranoide.
- **Otros tipos:** si el síntoma predominante no es uno de los citados, por ejemplo, cambio de personalidad asociado a crisis comiciales.
- **Tipo combinado:** si predomina más de un síntoma en el cuadro clínico.
- Tipo no especificado

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F07.0 Cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal [310.1]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

## Trastornos relacionados con sustancias

### *Criterios para la dependencia de sustancias*

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

**1.** tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

**2.** abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
- (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

**3.** la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

**4.** existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo



de la sustancia

**5.** se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

**6.** reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

**7.** se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

*Especificar si:*

- **Con dependencia fisiológica:** signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)
- **Sin dependencia fisiológica:** no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

**Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:**

0 Remisión total temprana

0 Remisión parcial temprana

0 Remisión total sostenida

0 Remisión parcial sostenida

2 En terapéutica con agonistas

1 En entorno controlado

4 Leve/moderado/grave

**Criterios para el abuso de sustancias**

**A.** Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

**B.** Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

## **Criterios para la intoxicación por sustancias**

- A.** Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- B.** Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C.** Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

## **Criterios para la abstinencia de sustancias**

- A.** Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B.** El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

## **Trastornos relacionados con el alcohol**

### **F10.00 Intoxicación por alcohol (303.00)**

- A.** Ingestión reciente de alcohol.
- B.** Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C.** Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
  1. lenguaje farfullante
  2. incoordinación
  3. marcha inestable
  4. nistagmo
  5. deterioro de la atención o de la memoria
  6. estupor o coma
- D.** Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### **F10.3 Abstinencia de alcohol (291.8)**

- A.** Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

**B.** Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

1. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
2. temblor distal de las manos
3. insomnio
4. náuseas o vómitos
5. alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
6. agitación psicomotora
7. ansiedad
8. crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

**C.** Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

**D.** Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

*Especificar si:*

- Con alteraciones perceptivas

### **Trastornos inducidos por el alcohol**

- Intoxicación por alcohol
- Abstinencia de alcohol
- Delirium por intoxicación de alcohol
- Demencia persistente inducida por alcohol
- Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
- Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo
- Trastorno de ansiedad inducido por alcohol
- Trastorno del sueño inducido por alcohol
- Trastorno relacionado con alcohol no especificado inducido por alcohol

### **Trastornos relacionados con alucinógenos**

#### **F16.0 Intoxicación por alucinógenos (292.89)**

**A.** Consumo reciente de un alucinógeno.

**B.** Cambios psicológicos y comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., ansiedad o depresión marcadas, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideaciones paranoides, deterioro del juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo del alucinógeno.

**C.** Cambios perceptivos que tienen lugar en un estado de alerta y vigilia totales (p. ej., intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones,

alucinaciones, sinestesias) que se aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos.

**D.** Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos:

1. dilatación pupilar
2. taquicardia
3. sudoración
4. palpitations
5. visión borrosa
6. temblores
7. incoordinación

**E.** Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### **F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks)** **(292.89)**

**A.** Reexperimentación, después del cese del consumo de alucinógenos, de uno o más síntomas perceptivos que ya se experimentaron en la intoxicación por el alucinógeno (p. ej., alucinaciones geométricas, percepciones falsas de movimiento en los campos visuales periféricos, flashes de color, intensificación de los colores, estelas en las imágenes de objetos en movimiento, postimágenes positivas, halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia).

**B.** Los síntomas del Criterio A provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

**C.** Los síntomas no son debidos a enfermedad médica (p. ej., lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, epilepsias visuales) ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., delirium, demencia, esquizofrenia) o por alucinaciones hipnopómpicas.

### **Trastornos inducidos por alucinógenos**

- Intoxicación por alucinógenos
- Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos
- Delirium por intoxicación por alucinógenos
- Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos
- Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos
- Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado.

### **Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar)**

#### **F15.00 Intoxicación por anfetamina (292.89)**

**A.** Consumo reciente de anfetamina o sustancias afines (p. ej., metilfenidato).

**B.** Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo; cambios de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad

interpersonal; ansiedad, tensión o cólera; comportamiento estereotipada; deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetamina o sustancias afines.

**C.** Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetaminas o sustancias afines:

1. taquicardia o bradicardia
2. dilatación pupilar
3. tensión arterial aumentada o disminuida
4. sudoración o escalofríos
5. náuseas o vómitos
6. pérdida de peso demostrable
7. agitación o retraso psicomotores
8. debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
9. confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma

**D.** Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

**Nota de codificación:** Codificar F15.04 si Con alteraciones perceptivas.

### **F15.3 Abstinencia de anfetamina (292.0)**

**A.** Interrupción (o disminución) del consumo de anfetamina (o sustancias afines) después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

**B.** Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen horas o días después del Criterio A:

1. fatiga
2. sueños vividos, desagradables
3. insomnio o hipersomnía
4. aumento del apetito
5. retraso o agitación psicomotores

**C.** Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### **Trastornos inducidos por anfetaminas**

- Intoxicación por anfetamina
- Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas
- Abstinencia de anfetamina
- Delirium por intoxicación por anfetamina
- Trastorno psicótico inducido por anfetamina
- Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina

- Trastorno del sueño inducido por anfetamina
- Trastorno sexual inducido por anfetamina
- Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina
- Trastorno relacionado con anfetamina no especificado

### **Trastornos relacionados con cafeína**

#### **F15.00 Intoxicación por cafeína (305.90)**

**A.** Consumo reciente de cafeína, normalmente más de 250 mg (p. ej., más de 2-3 tazas de café).

**B.** Cinco (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cafeína:

1. inquietud
2. nerviosismo
3. excitación
4. insomnio
5. rubefacción facial
6. diuresis
7. alteraciones digestivas
8. contracciones musculares
9. logorrea y pensamiento acelerado
10. taquicardia o arritmia cardíaca
11. sensación de infatigabilidad
12. agitación psicomotora

**C.** Los síntomas de criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno de ansiedad).

#### **Trastornos inducidos por cafeína**

- Intoxicación por cafeína
- Trastorno de ansiedad de ansiedad inducido por cafeína
- Trastorno del sueño inducido por cafeína
- Trastorno relacionado con cafeína no especificado

### **Trastornos relacionados con Cannabis**

#### **F12.00 Intoxicación por Cannabis (292.89)**

**A.** Consumo reciente de Cannabis.

**B.** Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Cannabis.

**C.** Dos (o más) de los siguientes síntomas que aparecen a las 2 horas del consumo de

Cannabis:

1. inyección conjuntival
2. aumento de apetito
3. sequedad de boca
4. taquicardia

**D.** Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

**Nota de codificación:** Codificar F12.04 si con alteraciones perceptivas.

**Trastornos inducidos por Cannabis:**

- Intoxicación por cannabis
- Intoxicación por cannabis, con alteraciones perceptivas
- Delirium por intoxicación por cannabis
- Trastorno psicótico inducido por cannabis: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno de ansiedad inducido por cannabis
- Trastorno relacionado con cannabis no especificado.

**Trastornos relacionados con cocaína**

**F14.00 Intoxicación por cocaína (292.89)**

**A.** Consumo reciente de cocaína.

**B.** Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.

**C.** Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína:

1. taquicardia o bradicardia
2. dilatación pupilar
3. aumento o disminución de la tensión arterial
4. sudoración o escalofríos
5. náuseas o vómitos
6. pérdida de peso demostrable
7. agitación o retraso psicomotores
8. debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
9. confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma

**D.** Los síntomas no se deben a enfermedad médica si se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

**Nota de codificación:** Codificar F14.04 si con alteraciones perceptivas

**F14.3 Abstinencia de cocaína (292.0)**

**A.** Interrupción (o disminución) del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.

**B.** Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen

pocas horas o días después del Criterio A:

1. fatiga
2. sueños vividos y desagradables
3. insomnio o hipersomnias
4. aumento del apetito
5. retraso o agitación psicomotora

**C.** Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

**D.** Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### **Trastornos inducidos por cocaína**

- Intoxicación por cocaína
- Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas
- Abstinencia de cocaína
- Delirium por intoxicación por cocaína
- Trastorno psicótico inducido por cocaína: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína
- Trastorno de ansiedad inducido por cocaína
- Trastorno del sueño inducido por cocaína
- Trastorno sexual inducido por cocaína
- Trastorno relacionado con cocaína no especificado.

### **Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar)**

#### **F19.00 Intoxicación por fenciclidina (292.89)**

**A.** Consumo reciente de fenciclidina (o una sustancia de acción similar).

**B.** Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, heteroagresividad, impulsividad, comportamiento imprevisible, agitación psicomotora, deterioro de la capacidad de juicio o del rendimiento laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de fenciclidina.

**C.** Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen en la primera hora después del consumo de la sustancia (o antes si es fumada, aspirada o inyectada por vía intravenosa):

1. nistagmo horizontal o vertical
2. hipertensión o taquicardia
3. obnubilación o disminución de la sensibilidad al dolor
4. ataxia
5. disartria
6. rigidez muscular
7. crisis convulsivas o coma
8. hiperacusia

**D.** Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.



**Nota de codificación:** Codificar F19.04 si con alteraciones perceptivas

### **Trastornos inducidos por fenciclidina**

- Intoxicación por fenciclidina
- Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas
- Delirium por intoxicación por fenciclidina
- Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por por fenciclidina
- Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina
- Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado

### **Trastornos relacionados con inhalantes**

#### **F18.00 Intoxicación por inhalantes (292.89)**

**A.** Consumo reciente intencionado o breve exposición a dosis altas de inhalantes volátiles (excluyendo los gases anestésicos y los vasodilatadores de acción corta).

**B.** Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (beligerancia, violencia, apatía, deterioro del juicio, deterioro de las actividades social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles.

**C.** Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes:

1. mareo
2. nistagmo
3. incoordinación
4. lenguaje farfullante
5. marcha inestable
6. letargía
7. disminución de los reflejos
8. retraso psicomotor
9. temblores
10. debilidad muscular generalizada
11. visión borrosa o diplopía
12. estupor o coma
13. euforia

**D.** Estos síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### **Trastornos inducidos por inhalantes**

- Intoxicación por inhalantes
- Delirium por intoxicación por inhalante
- Demencia persistente inducida por inhalantes
- Trastorno psicótico inducido por inhalantes: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes
- Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes

- Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.

### **Trastornos relacionados con nicotina**

#### **F17.3 Abstinencia de nicotina (292.0)**

**A.** Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.

**B.** Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:

1. estado de ánimo disfórico o depresivo
2. insomnio
3. irritabilidad, frustración o ira
4. ansiedad
5. dificultades de concentración
6. inquietud
7. disminución de la frecuencia cardíaca
8. aumento del apetito o del peso

**C.** Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

#### **Trastornos inducidos por nicotina**

- Abstinencia de nicotina
- Trastorno relacionado con nicotina no especificado.

### **Trastornos relacionados con opiáceos**

#### **F11.00 Intoxicación por opiáceos (292.89)**

**A.** Consumo reciente de un opiáceo.

**B.** Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, o deterioro social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.

**C.** Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos:

1. somnolencia o coma
2. lenguaje farfullante
3. deterioro de la atención o de la memoria

**D.** Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

#### **F11.3 Abstinencia de opiáceos (292.0)**

**A.** Alguna de las siguientes posibilidades:

1. interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o

más) de opiáceos

**2.** administración de un antagonista opiáceo después de un período de consumo de opiáceos

**B.** Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después del Criterio A:

1. humor disfórico
2. náuseas o vómitos
3. dolores musculares
4. lagrimeo o rinorrea
5. dilatación pupilar, piloerección o sudoración
6. diarrea
7. bostezos
8. fiebre
9. insomnio

**C.** Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### **Trastornos inducidos por opiáceos**

- Intoxicación por opiáceos
- Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas
- Abstinencia de opiáceos
- Delirium por intoxicación por opiáceos
- Trastorno psicótico inducido por opiáceos: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos
- Trastorno del sueño inducido por opiáceos
- Trastorno sexual inducido por opiáceos
- Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.

### **Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

#### **F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.89)**

**A.** Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

**B.** Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad del estado de ánimo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

**C.** Uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

1. lenguaje farfullante
2. incoordinación
3. marcha inestable
4. nistagmo
5. deterioro de la atención o de la memoria
6. estupor o coma

**D.** Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### **F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.0)**

**A.** Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

**B.** Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen entre algunas horas o días después del Criterio A:

1. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
2. aumento del temblor de manos
3. insomnio
4. náuseas o vómitos
5. alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
6. agitación psicomotora
7. ansiedad
8. crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

**C.** Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

*Especificar si:*

- **Con alteraciones perceptivas**

#### **Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

- Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Abstinencia desedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

## **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**

### **Esquizofrenia**

**A.** Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante

una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

**B. Disfunción social/laboral:** Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

**C. Duración:** Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

**D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:** El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

**E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:** El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

**F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:** Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

#### **Clasificación del curso longitudinal:**

- *Episódico con síntomas residuales interepisódicos* (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados
- *Episódico sin síntomas residuales interepisódicos:* Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados
- *Episodio único en remisión parcial:* especificar también si: con síntomas negativos acusados
- *Episodio único en remisión total*
- *Otro patrón o no especificado*
- *Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa*

## **F20.0 Tipo paranoide (295.30)**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A.** Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B.** No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

## **F20.0 Tipo desorganizado (295.10)**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

**A.** Predominan:

1. lenguaje desorganizado
2. comportamiento desorganizado
3. afectividad aplanada o inapropiada

**B.** No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

## **F20.2 Tipo catatónico (295.20)**

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor
2. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
3. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
4. peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
5. ecolalia o ecopraxia

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo

- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

### **F20.3 Tipo indiferenciado (295.90)**

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

### **F20.5 Tipo residual (295.60)**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

**A.** Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

**B.** Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

### **F20.8 Trastorno esquizofreniforme (295.40)**

**A.** Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.

**B.** Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como "provisional".)

*Especificar si:*

- Sin características de buen pronóstico
- Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:

1. inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual
2. confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico
3. buena actividad social y laboral premórbida

4. ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos

### **F25 Trastorno esquizoafectivo (295.70)**

**A.** Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

**B.** Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

**C.** Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

**D.** La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Codificación basada en tipo:

**.0 Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores)**

**.1 Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores**

### **F22.0 Trastorno delirante (297.1)**

**A.** Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

**B.** Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

**C.** Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

**D.** Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

**E.** La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

*Tipo* (en base al tema delirante que predomine):

#### **Tipo erotomaníaco:**

ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.

#### **Tipo de grandiosidad:**

ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.



**Tipo celotípico:**

ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.

**Tipo persecutorio:**

ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.

**Tipo somático:**

ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.

**Tipo mixto:**

ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.

**Tipo no especificado****F23.8 Trastorno psicótico breve (298.8)**

**A.** Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

**Nota:** No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

**B.** La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

**C.** La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Codificación según tipos:

**.81 Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve):** si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

**.80 Sin desencadenante(s) grave(s):** si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Especificar si:

- **De inicio en el posparto:** si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto.

**F24 Trastorno psicótico compartido (297.3)**

**A.** Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.

**B.** La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

### **F06. Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) (293)**

**A.** Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.

**B.** A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

**D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Código basado en síntoma predominante:

**.2 Con ideas delirantes:** si predominan las ideas delirantes.

**.0 Con alucinaciones:** si predominan las alucinaciones.

**Nota de codificación:** Si, como parte de una demencia previa, se presentan ideas delirantes, indicar las ideas delirantes codificando, si es posible, el subtipo de demencia, por ejemplo, F00.11 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con ideas delirantes [290.20].

### **Trastorno psicótico inducido por sustancias**

**A.** Alucinaciones o ideas delirantes. Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

**B.** A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias
2. el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

**D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**Nota:** Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

**Código para el trastorno psicótico inducido por sustancia específica:**

**F10.51 Alcohol, con ideas delirantes [291.5]**  
**F10.52 Alcohol, con alucinaciones [291.3]**  
**F16.51 Alucinógenos, con ideas delirantes [292.11]**  
**F16.52 Alucinógenos, con alucinaciones [292.12J]**  
**F15.51 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con ideas delirantes[292.11]**  
**F15.52 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]**  
**F12.51 Cannabis, con ideas delirantes [292.11]**  
**F12.52 Cannabis, con alucinaciones [292.12]**  
**F14.51 Cocaína, con ideas delirantes [292.11]**  
**F14.52 Cocaína, con alucinaciones [292.12]**  
**F19.51 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) con ideas delirantes [292.11]**  
**F19.52 Fenciclidina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]**  
**F18.51 Inhalantes, con ideas delirantes [292.11]**  
**F18.52 Inhalantes, con alucinaciones [292.11]**  
**F11.51 Opiáceos, con ideas delirantes [292.11]**  
**F11.52 Opiáceos, con alucinaciones [292.12]**  
**F13.51 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con ideas delirantes [292.11]**  
**F13.52 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alucinaciones [292.12]**  
**F19.51 Otras sustancias (o desconocidas), con ideas delirantes [292.11]**  
**F19.52 Otras sustancias (o desconocidas), con alucinaciones [292.12]**

*Especificar si:*

- **De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.
- **De inicio durante la abstinencia:** si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

## Trastornos del estado del ánimo

### Crterios para el episodio depresivo mayor

**A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1

estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

**Nota:** No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

**B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

**C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

### **F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)**

**A.** Presencia de un único episodio depresivo mayor.

**B.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

*Especificar* (para el episodio actual o para el más reciente):

- **Crónico**
- **Con síntomas catatónicos**
- **Con síntomas melancólicos**
- **Con síntomas atípicos**
- **De inicio en el posparto**

### **F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)**

**A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

**B.** Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

*Especificar* (para el episodio actual o el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Especificar:

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
- Con patrón estacional

### **F34.1 Trastorno distímico (300.4)**

**A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

**B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

**C.** Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

**D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

**Nota:** Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

**E.** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

**F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

**G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- **Inicio temprano:** si el inicio es antes de los 21 años Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

*Especificar* (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

- Con síntomas atípicos

### **Criterios para el episodio maníaco**

**A.** Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

**B.** Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. autoestima exagerada o grandiosidad
2. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
3. más hablador de lo habitual o verborreico
4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir

consecuencias graves (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

**C.** Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

**D.** La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

**E.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

### **Criterios para el episodio mixto**

**A.** Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

**B.** La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

**C.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

### **Criterios para el episodio hipomaníaco**

**A.** Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

**B.** Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

**1.** autoestima exagerada o grandiosidad

**2.** disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)

**3.** más hablador de lo habitual o verborreico

**4.** fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado

**5.** distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)

**6.** aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora

**7.** implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

**C.** El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.

**D.** La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los

demás.

**E.** El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

**F.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaníacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

## **Trastornos bipolares**

### **F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (296.0)**

**A.** Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores.

Nota: La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maníacos.

**B.** El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

*Especificar si:*

- **Mixto:** si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto.
- *Especificar* (para el episodio actual o el más reciente):
- **Con síntomas catatónicos**
- **De inicio en el posparto**

### **F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco (296.40)**

**A.** Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaníaco.

**B.** Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

**C.** Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar:

- **Especificaciones de curso longitudinal** (con y sin recuperación interepisódica)
- **Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)
- **Con ciclos rápidos**

### **F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco (296.4)**

**A.** Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco.



**B.** Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor un episodio maníaco o un episodio mixto.

**C.** Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

*Especificar* (para el episodio actual o el más reciente):

- Con síntomas catatónicos
- De inicio en el posparto

Especificar:

- **Especificaciones de curso longitudinal** (con o sin recuperación interepisódica)
- **Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)
- Con ciclos rápidos

### **F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (296.6)**

**A.** Actualmente (o el más reciente) en un episodio mixto.

**B.** Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.

**C.** Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

*Especificar* (para el episodio actual o el más reciente):

- Con síntomas catatónicos
- De inicio en el posparto

Especificar:

- **Especificaciones de curso longitudinal** (con o sin recuperación interepisódica)
- **Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)
- **Con ciclos rápidos**

### **F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (296.5)**

**A.** Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor.

**B.** Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

**C.** Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

*Especificar* (para el episodio actual o el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos

- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto
- Especificar:

Especificar:

- **Especificaciones de curso longitudinal** (con y sin recuperación interepisódica)
- **Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)
- Con ciclos rápidos

### **F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado (296.7)**

**A.** Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio hipomaniaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor.

**B.** Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

**C.** Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**E.** Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Especificar:

- **Especificaciones de curso longitudinal** (con y sin recuperación interepisodios)
- **Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)
- Con ciclos rápidos

### **F31.8 Trastorno bipolar II (296.89)**

**A.** Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.

**B.** Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniaco.

**C.** No ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio.

**D.** Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**E.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el episodio actual o más reciente:

- **Hipomaniaco:** si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaniaco
- **Depresivo:** si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor

*Especificar* (para el episodio depresivo mayor actual o el más reciente sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Especificar:

- **Especificaciones de curso longitudinal** (con y sin recuperación interepisódica)
- **Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)
- Con ciclos rápidos

### **F34.0 Trastorno ciclotímico (301.13)**

**A.** Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Nota: En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.

**B.** Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.

**C.** Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.

Nota: Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).

**D.** Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**E.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**F.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **F06 Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica) (293.83)**

**A.** En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

**B.** A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas

de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

**D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**E.** Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basado en tipos:

**.32 Con síntomas depresivos:** si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.

**.32 Con episodio similar al depresivo mayor:** si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D).

**.30 Con síntomas maníacos:** si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

**.33 Con síntomas mixtos:** si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine.

**Nota de codificación:** Se debe incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83]; se codificará también la enfermedad médica en el Eje III.

**Nota de codificación:** Si los síntomas depresivos se presentan como parte de una demencia previa, indicar los síntomas depresivos codificando, si es posible, el subtipo de demencia, p. ej., F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo [290.21].

## **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias**

**A.** En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

**B.** A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia
2. el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuides a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).

**D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**E.** Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras

áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

### **Código para trastorno del estado de ánimo inducido por (sustancia específica):**

***F10.8 Alcohol [291.8]***

***F16.8 Alucinógenos [292.84]***

***F15.8 Anfetaminas (o sustancias de acción similar) [292.84]***

***F14.8 Cocaína [292.84]***

***F19.8 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) [292.84]***

***F18.8 Inhalantes [298.84]***

***F11.8 Opiáceos [298.84]***

***F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.84]***

***F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.84]***

Tipos:

- **Con síntomas depresivos:** si el estado de ánimo predominante es depresivo.
- **Con síntomas maníacos:** si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable
- **Con síntomas mixtos:** si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine.

Especificar si:

- **De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.
- **De inicio durante la abstinencia:** si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente)

**Leve:** Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

**Moderado:** Síntomas de incapacidad funcional entre "leves" y "graves".

**Grave sin síntomas psicóticos:** Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.

**Grave con síntomas psicóticos:** Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

**Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo, o de ser merecedor de un castigo.

**Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de castigo. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

**En remisión parcial:** Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)

**En remisión total:** Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

**No especificado.**

**En remisión parcial:** Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)

**En remisión total:** Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado.

### **Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco actual (o más reciente)**

**Leve:** Se cumplen los síntomas de los criterios mínimos para un episodio maníaco.

**Moderado:** Gran aumento de la actividad o deterioro del juicio.

**Grave sin síntomas psicóticos:** Se necesita una supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño físico que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

**Grave con síntomas psicóticos:** Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

**Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos típicos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso.

**Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas maníacos típicos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con las ideas o los temas de grandiosidad), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de ser controlado.

**En remisión parcial:** Hay algunos síntomas de un episodio maníaco, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio maníaco hay un periodo sin síntomas significativos del episodio maníaco con una duración inferior a 2 meses.

**En remisión total:** Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración. No especificado.

**En remisión parcial:** Hay algunos síntomas de un episodio maníaco, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio maníaco hay un periodo sin síntomas significativos del episodio maníaco con una duración inferior a 2 meses.

**En remisión total:** Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración. No especificado.

**No especificado**

### **Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio mixto actual (o más reciente)**

**Leve:** Sólo se cumplen los síntomas de los criterios mínimos para un episodio maníaco y un episodio depresivo mayor.

**Moderado:** Síntomas de incapacidad funcional entre "leves" y "graves".

**Grave sin síntomas psicóticos:** Se necesita una supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño físico que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

**Grave con síntomas psicóticos:** Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

**Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos o depresivos típicos.

**Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas maníacos o depresivos típicos. Se incluyen síntomas como ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos o los de grandiosidad), inserción del pensamiento e ideas delirantes de ser controlado.

**En remisión parcial:** Hay algunos síntomas de un episodio mixto, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio mixto hay un período sin síntomas significativos del episodio mixto con una duración inferior a 2 meses.

**En remisión total:** Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

**No especificado.**

### **Criterios para la especificación de:**

#### ***Criterios para la especificación de cronicidad***

**Crónico:** puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo si éste es el tipo más reciente de episodio afectivo.

Los criterios completos para un episodio depresivo mayor se han cumplido de forma continua durante al menos los 2 últimos años.

### ***Criterios para la especificación de síntomas catatónicos***

**Con síntomas catatónicos:** puede aplicarse al episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II.

El cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. inmovilidad motora que puede manifestarse por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o por estupor
2. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
3. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida contra todo intento de ser movido)
4. peculiaridades del movimiento voluntario que pueden manifestarse en la postura (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos patentes o gesticulación exagerada
5. ecolalia o ecopraxia

### ***Criterios para la especificación de síntomas melancólicos***

**Con síntomas melancólicos:** puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente.

**A.** Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el periodo más grave del episodio actual:

1. pérdida de placer en todas o casi todas las actividades
2. falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)

**B.** Tres (o más) de los siguientes:

1. una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. ej., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido)
2. la depresión es habitualmente peor por la mañana
3. despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse)
4. enlentecimiento o agitación psicomotores
5. anorexia significativa o pérdida de peso
6. culpabilidad excesiva o inapropiada

### ***Criterios para la especificación de síntomas atípicos***

**Con síntomas atípicos:** puede aplicarse cuando estos síntomas predominan durante las 2 semanas más recientes de un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor o en un trastorno bipolar I o bipolar II cuando el episodio depresivo mayor es el tipo más reciente de episodio afectivo, o cuando estos síntomas predominan durante los últimos 2 años de un trastorno distímico.

**A.** Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas).

**B.** Dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. aumento significativo del peso o del apetito
2. hipersomnia
3. abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesados o inertes)
4. patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo



**C.** En el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos.

### ***Criterios para la especificación de inicio en el posparto***

**Con inicio en el posparto:** puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve.

Inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto.

### ***Criterios para la especificación de curso longitudinal***

**Con recuperación interepisódica total:** si se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes.

**Sin recuperación interepisódica total:** si no se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes.

### ***Criterios para la especificación de patrón estacional***

**Con patrón estacional:** puede aplicarse al patrón de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II o trastorno depresivo mayor, recidivante.

**A.** Ha habido una relación temporal sostenida entre el inicio de los episodios depresivos mayores de un trastorno bipolar I o bipolar II, o un trastorno depresivo mayor recurrente, y una determinada época del año (p. ej., aparición regular del episodio depresivo mayor en el otoño o el invierno).

Nota: No se incluyen los casos en los que hay un efecto evidente de factores estresantes psicosociales estacionales (p. ej., estar habitualmente en paro todos los inviernos).

**B.** Las remisiones totales (o un cambio de la depresión a la manía o a la hipomanía) también se dan en una determinada época del año (p. ej., la depresión desaparece en primavera).

**C.** En los últimos 2 años ha habido dos episodios depresivos mayores que han demostrado la relación estacional temporal definida en los Criterios A y B, y no ha habido episodios depresivos mayores no estacionales en el mismo periodo.

**D.** Los episodios depresivos mayores estacionales (descritos antes) tienen que ser sustancialmente más numerosos que los episodios depresivos mayores no estacionales presentados a lo largo de la vida del sujeto.

### ***Criterios para la especificación de ciclos rápidos***

**Con ciclos rápidos:** puede aplicarse al trastorno bipolar I o al trastorno bipolar II.

Al menos cuatro episodios de alteración del estado de ánimo en los 12 meses previos que cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco.

Nota: Los episodios están delimitados por una remisión total o parcial durante al menos 2 meses o por un cambio a un episodio de polaridad opuesta (p. ej., episodio depresivo mayor a episodio maníaco).

## **Trastornos de ansiedad**

### **Crisis de pánico o crisis de angustia**

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

### **Agorafobia**

**Nota:** No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]).

**A.** Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

**B.** Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

**C.** Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

### **F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)**

**A.** Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
- (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
- (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

**B.** Ausencia de agorafobia.

**C.** Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**D.** Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

### **F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)**

**A.** Se cumplen 1 y 2:

**1.** crisis de angustia inesperadas recidivantes

**2.** al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

**(a)** inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis

**(b)** preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

**(c)** cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

**B.** Presencia de agorafobia.

**C.** Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**D.** Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

### **F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)**

**A.** Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

**B.** Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

**C.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

**D.** Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

### **F40.02 Fobia específica (300.29)**

**A.** Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

**B.** La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

**C.** La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

**D.** La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

**E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

**F.** En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

**G.** La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos:

- **Tipo animal**
- **Tipo ambiental** (p. ej., alturas, tormentas, agua)
- **Tipo sangre-inyecciones-daño**
- **Tipo situacional** (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)
- **Otros tipos** (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

### **F40.1 Fobia social (300.23)**

**A.** Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

**B.** La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

**C.** El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

**D.** Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

**E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en

la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

**F.** En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

**G.** El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

**H.** Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

**Generalizada:** si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

## **F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)**

**A.** Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las **obsesiones** se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las **compulsiones** se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

**B.** En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

**C.** Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

**D.** Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal,

preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

**E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

- **Con poca conciencia de enfermedad:** si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

### **F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)**

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

**1.** la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

**2.** la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

**B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

**1.** recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

**2.** sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

**3.** el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

**4.** malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

**5.** respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

**C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

**1.** esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

**2.** esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

**3.** incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

**4.** reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

**5.** sensación de desapego o enajenación frente a los demás

**6.** restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

**7.** sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

**D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

**1.** dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. irritabilidad o ataques de ira
3. dificultades para concentrarse
4. hipervigilancia
5. respuestas exageradas de sobresalto

**E.** Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- **Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

- **De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

### **F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3)**

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

**B.** Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
3. desrealización
4. despersonalización
5. amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

**C.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

**D.** Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

**E.** Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

**G.** Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

**H.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

### **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)**

**A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

**B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

**C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

**D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

**E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

### **F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) (293.89)**

**A.** La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

**B.** A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

**C.** Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

**D.** Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**E.** Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- **Con ansiedad generalizada:** cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.



- **Con crisis de angustia:** cuando predominan las crisis de angustia.
- **Con síntomas obsesivo-compulsivos:** cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

### **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias**

**A.** La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

**B.** A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente
2. el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

**D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**E.** La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para el trastorno de ansiedad inducido por (sustancia específica)

**F10.8 Alcohol [291.8]**

**F16.8 Alucinógenos [292.89]**

**F15.8 Anfetamina (o sustancias similares) [292.89]**

**F15.8 Cafeína [292.89]**

**F12.8 Cannabis [292.89]**

**F14.8 Cocaína [292.89]**

**F19.8 Fenciclidina (o derivados) [292.89]**

**F18.8 Inhalantes [292.89]**

**F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]**

**F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89]**

Especificar si:

- **Con ansiedad generalizada:** si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades Con crisis de angustia: si predominan las crisis de angustia.
- **Con síntomas obsesivo-compulsivos:** si predominan las obsesiones o las compulsiones.
- **Con síntomas fóbicos:** si predominan síntomas de carácter fóbico.

Especificar si:

- **De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.
- **De inicio durante la abstinencia:** si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.

## **Trastornos somatomorfos:**

### **F45.0 Trastorno de somatización (300.81)**

**A.** Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**B.** Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

1. cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción)
2. dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)

- 3.** un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)
- 4.** un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)

**C.** Cualquiera de las dos características siguientes:

**1.** tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)

**2.** si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

**D.** Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

### **F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado (300.81)**

**A.** Uno o más síntomas físicos (p. ej., fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).

**B.** Cualquiera de las dos características siguientes:

**1.** tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., droga de abuso o medicación)

**2.** si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

**C.** Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** La duración del trastorno es al menos de 6 meses.

**E.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico).

**F.** Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación).

### **F44 Trastorno de conversión (300.11)**

**A.** Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

**B.** Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

**C.** El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

**D.** Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

**E.** El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

**F.** El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Código basado en el tipo de síntoma o déficit:

.4 Con síntoma o déficit motor

.5 Con crisis y convulsiones

.6 Con síntoma o déficit sensorial

.7 De presentación mixta

#### **F45.4 Trastorno por dolor**

**A.** El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.

**B.** El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**C.** Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

**D.** El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).

**E.** El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Especificar el tipo:

- **Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos:** se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.
- **Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica:** tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

Especificar (para ambos tipos) si:

- **Agudo:** duración menor a 6 meses.
- **Crónico:** duración igual o superior a 6 meses.

Nota: el trastorno siguiente no se considera un trastorno mental y se incluye aquí únicamente para facilitar el diagnóstico diferencial.

- **Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica:** la enfermedad médica desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. (Si existen factores psicológicos, no se estima que desempeñen un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del

dolor.).

El código diagnóstico para el dolor se selecciona en base a la enfermedad médica asociada si se conoce ésta o a la localización anatómica del dolor si la enfermedad médica subyacente no está claramente establecida: por ejemplo, M54.5 Dolor lumbar [724.2], M54.3 Dolor ciático [724.3], R10.2 Dolor pélvico [625.9], R51 Cefalea [784.0], R51 Dolor facial [784.0], R07.4 Dolor torácico [786.50], M25.5 Dolor articular [719.4], M89.8 Dolor óseo [733.90], R10.4 Dolor abdominal [789.0], N64.4 Dolor de mama [611.71], N23 Dolor renal [788.0], H92.0 Dolor de oídos [388.70], H57.1 Dolor de ojos [379.91], R07.0 Dolor de garganta [784.1], K08.8 Dolor de dientes [525.9] y N23 Dolor urinario [788.0].

### **F45.2 Hipocondría (300.7)**

**A.** Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.

**B.** La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.

**C.** La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).

**D.** La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**E.** La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

**F.** La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Especificar si:

- **Con poca conciencia de enfermedad:** si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.

### **F45.2 Trastorno dismórfico corporal (300.7)**

**A.** Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

**B.** La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**C.** La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

## **Trastornos ficticios**

### **F68.1 Trastorno ficticio (300)**

**A.** Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.

**B.** El sujeto busca asumir el papel de enfermo.

**C.** Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).

Tipos:

**Trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas psicológicos (300.16):** si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos.

**Trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas físicos (300.19):** si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos.

**Trastornos ficticios con signos y síntomas psicológicos y físicos (300.19):** si existe una combinación de signos y síntoma psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros.

## Trastornos disociativos

### **F44.0 Amnesia disociativa (300.12)**

**A.** La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.

**B.** La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo o en el trastorno de somatización, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica o neurológica (p. ej., trastorno amnésico por traumatismo craneal).

**C.** Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **F44.1 Fuga disociativa (300.13)**

**A.** La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.

**B.** Confusión sobre la identidad personal, o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).

**C.** El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o de una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

**D.** Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **F44.81 Trastorno de identidad disociativo (300.14)**

**A.** Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).

**B.** Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.

**C.** Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

**D.** El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (p. ej., crisis parciales complejas).

Nota: En los niños los síntomas no deben confundirse con juego fantasiosos o compañeros de juego imaginarios.

### **F48.1 Trastorno de despersonalización (300.6)**

- A.** Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., sentirse como si se estuviera en un sueño).
- B.** Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.
- C.** La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El episodio de despersonalización aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

## **Trastornos sexuales y de la identidad sexual**

### **Trastornos del deseo sexual**

#### **F52.0 Deseo sexual hipoactivo (302.71)**

- A.** Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.
- B.** El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
- C.** El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

- De toda la vida Adquirido

Especificar tipo:

- General Situacional

Especificar:

- Debido a factores psicológicos
- Debido a factores combinados

#### **F52.10 Trastorno por aversión al sexo (302.79)**

- A.** Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.
- B.** La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- C.** El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otro trastorno sexual).

Especificar tipo:

- De toda la vida Adquirido

Especificar tipo:

- General Situacional

Especificar:

- Debido a factores psicológicos
- Debido a factores combinados

## **Trastornos de la excitación sexual**

### **F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer (302.72)**

**A.** Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

**B.** El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

**C.** El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

- De toda la vida Adquirido

Especificar tipo:

- General Situacional

Especificar:

- Debido a factores psicológicos
- Debido a factores combinados

### **F52.2 Trastorno de la erección en el varón (302.72)**

**A.** Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

**B.** La alteración provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.

**C.** El trastorno eréctil no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (que no sea disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

- De toda la vida Adquirido

Especificar tipo:

- General Situacional

Especificar:

- Debido a factores psicológicos



- Debido a factores combinados

## **Trastornos del orgasmo**

### **F52.3 Trastorno orgásmico femenino (302.73)**

**A.** Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida.

**B.** La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

**C.** El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otro trastorno sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

- De toda la vida Adquirido

Especificar tipo:

- General Situacional

Especificar:

- Debido a factores psicológicos
- Debido a factores combinados

### **F52.3 Trastorno orgásmico masculino (302.74)**

**A.** Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual normal. El diagnóstico clínico debe efectuarse teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.

**B.** El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

**C.** El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

- De toda la vida Adquirido

Especificar tipo:

- General Situacional

Especificar:

- Debido a factores psicológicos
- Debido a factores combinados

#### **F52.4 Eyaculación precoz (302.75)**

**A.** Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como son la edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual.

**B.** La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

**C.** La eyaculación precoz no es debida exclusivamente a los efectos directos de alguna sustancia (p. ej., abstinencia de opiáceos).

Especificar tipo:

- De toda la vida Adquirido

Especificar tipo:

- General Situacional

Especificar:

- Debido a factores psicológicos
- Debido a factores combinados

### **Trastornos sexuales por dolor**

#### **F52.6 Dispareunia (302.76)**

**A.** Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres.

**B.** La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

**C.** La alteración no es debida únicamente a vaginismo o a falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

- De toda la vida Adquirido
- Especificar tipo:
- General Situacional

Especificar:

- Debido a factores psicológicos
- Debido a factores combinados

#### **F52.5 Vaginismo (306.51)**

**A.** Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.

**B.** La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

**C.** El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (p. ej., trastorno de somatización) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una

enfermedad médica.

Especificar tipo:

- De toda la vida Adquirido

Especificar tipo:

- General Situacional

Especificar:

- Debido a factores psicológicos
- Debido a factores combinados

### **Trastorno sexual debido a... (indicar enfermedad médica)**

**A.** Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales como rasgos clínicos predominantes.

**B.** A partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio la disfunción sexual se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

**C.** El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor).

**Seleccionar el código y término sobre la base del trastorno sexual predominante:**

#### ***N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (indicar enfermedad médica) (625.8).***

Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.

#### ***N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) (608.89).***

Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.

#### ***N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) (607.84).***

Este término se usa si la disfunción eréctil masculina es el rasgo predominante.

#### ***N94.1 Dispareunia femenina debida a... (indicar enfermedad médica) (625.0).***

Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.

#### ***N50.8 Dispareunia masculina debida a... (indicar enfermedad médica) (608.89).***

Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.

#### ***N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (indicar enfermedad médica) (625.8).***

Este término se usa si, en una mujer, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno

***N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (indicar enfermedad médica) (608.89).***

Este término se usa si, en un varón, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno.

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a diabetes mellitus [607.84]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

**Trastorno sexual inducido por sustancias**

**A.** Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

**B.** A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el trastorno sexual se explica en su totalidad por el consumo de sustancias, como se manifiesta en los casos siguientes 1 o 2:

**1.** los síntomas del Criterio A aparecen durante o en los 30 días siguientes a la intoxicación por la sustancia

**2.** el consumo del medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias, como lo demuestra el hecho de que los síntomas preceden al inicio del consumo o la dependencia de la sustancia (o consumo de fármacos); los síntomas persisten durante un tiempo sustancial (p. ej., 1 mes) después de haber finalizado la intoxicación, o son excesivos en relación con lo que cabría esperar, dados el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo o bien hay pruebas de la existencia de un trastorno sexual independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recurrentes no relacionados con sustancias).

Nota: Este diagnóstico debe establecerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo si el trastorno sexual es excesivo en comparación con el que se presenta durante la intoxicación y si el trastorno es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Codificar trastorno sexual inducido por (sustancia específica):

***F10.8 Alcohol [291.8]***

***F15.8 Anfetamina (o sustancias de acción similar) [292.89]***

***F14.8 Cocaína [292.89]***

***F11.8 Opiáceos [292.89]***

***F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]***

***F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89]***

Especificar si:

- Con alteración del deseo
- Con alteración de la excitación
- Con alteración del orgasmo
- Con dolor sexual

Especificar si:

- **Con inicio durante la intoxicación:** cuando se cumplen los criterios para la intoxicación por sustancias y los síntomas aparecen durante su curso.

## **Parafilias**

### **F65.2 Exhibicionismo (302.4)**

**A.** Durante un periodo de por lo menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera.

**B.** Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

### **F65.0 Fetichismo (302.81)**

**A.** Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos no animados (p. ej., ropa interior femenina).

**B.** Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**C.** Los fetiches no deben ser únicamente artículos de vestir femeninos como los utilizados para transvestirse (fetichismo transvestista) o aparatos diseñados con el propósito de estimular los genitales (p. ej., vibrador).

### **F65.8 Frotteurismo (302.89)**

**A.** Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos ligados al hecho de tocar y rozar una persona en contra de su voluntad.

**B.** Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **F65.4 Pedofilia (302.2)**

**A.** Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos).

**B.** Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**C.** La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del Criterio A.

Nota: No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años.

Especificar si:

- Con atracción sexual por los varones
- Con atracción sexual por las mujeres
- Con atracción sexual por ambos sexos

Especificar si:

- Se limita al incesto

Especificar si:

- Tipo exclusivo (atracción sólo por los niños)
- Tipo no exclusivo

### **F65.5 Masoquismo sexual (302.83)**

**A.** Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento.

**B.** Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **F65.5 Sadismo sexual (302.84)**

**A.** Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo.

**B.** Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **F65.1 Fetichismo transvestista (302.3)**

**A.** Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de transvestirse, en un varón heterosexual.

**B.** Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- **Con disforia sexual:** si el individuo presenta malestar persistente con su papel o identidad sexuales

### **F65.3 Voyeurismo (302.82)**

**A.** Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual.

**B.** Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

## Trastornos de la identidad sexual

### **F64 Trastorno de la identidad sexual (302)**

**A.** Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

1. deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo
2. en los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina
3. preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo
4. deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo
5. preferencia marcada por compañeros del otro sexo

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

**B.** Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos:

En los niños, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

**C.** La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

**D.** La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Codificar según la edad actual:**

#### ***F64.2 Trastorno de la identidad sexual en niños [302.6]***

#### ***F64.0 Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos [302.85]***

*Especificar si* (para individuos sexualmente maduros):

- Con atracción sexual por los varones
- Con atracción sexual por las mujeres
- Con atracción sexual por ambos sexos

- Sin atracción sexual por ninguno

## Trastornos de la conducta alimentaria:

### **F50.0 Anorexia nerviosa (307.1)**

- A.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D.** En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

- **Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- **Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

### **F50.2 Bulimia nerviosa (307.51)**

**A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

**B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

**C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

**D.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

**E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

- **Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- **Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no



recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

## Trastornos del sueño:

### **Trastornos primarios del sueño:**

#### *Disomnias*

#### **F51.0 Insomnio primario (307.42)**

- A.** El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.
- B.** La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.
- D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- E.** La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

#### **F51.1 Hipersomnia primaria (307.44)**

- A.** El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva como mínimo durante 1 mes (o menos si se trata de la forma recurrente), tal y como ponen de evidencia episodios prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno que tienen lugar casi cada día.
- B.** La somnolencia excesiva provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** La somnolencia excesiva no puede explicarse mejor por la presencia de un insomnio y no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano o parasomnia) y no puede atribuirse a una cantidad inadecuada de sueño.
- D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental.
- E.** La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

- **Recidivante:** si hay períodos de somnolencia excesiva que duran como mínimo 3 días y tienen lugar varias veces al año durante al menos 2 años.

#### **G47.4 Narcolepsia (347)**

- A.** Ataques de sueño reparador irresistibles que aparecen diariamente durante un mínimo de 3 meses.

**B.** Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas:

- 1.** cataplejía (es decir, episodios breves y súbitos de pérdida bilateral del tono muscular, la mayoría de las veces en asociación con emociones intensas)
- 2.** intrusiones recurrentes de elementos del sueño REM en las fases de transición entre el sueño y la vigilia, tal y como indican las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas o las parálisis del sueño al principio o al final de los episodios de sueño

**C.** La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

### **G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración (780.59)**

**A.** Desestructuración del sueño que provoca somnolencia excesiva o insomnio y que se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. ej., síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central).

**B.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de otra enfermedad médica (diferente de un trastorno de la respiración relacionado con el sueño).

### **F51.3 Trastorno del ritmo circadiano (307.45)**

**A.** Presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño, por otra.

**B.** Las alteraciones del sueño provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**C.** Las alteraciones del sueño no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño u otro trastorno mental.

**D.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

*Especificar tipo:*

- **Tipo sueño retrasado:** patrón de sueño persistente que consiste en acostarse y despertarse tarde, con incapacidad para conciliar el sueño y levantarse a horas más tempranas pese a desearlo.
- **Tipo jet lag:** somnolencia y estado de alerta presentes en momentos del día inadecuados, y que aparece después de repetidos viajes transmeridionales a zonas con diferente horario.
- **Tipos cambios de turno de trabajo:** insomnio que aparece durante las horas que el individuo debería dormir o somnolencia excesiva durante las horas en que debería estar despierto, debido a un turno de trabajo nocturno o a un cambio repetido del turno de trabajo.
- Tipo no especificado

## **Parasomnias**

### **F51.5 Pesadillas (307.47)**

- A.** Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vividos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.
- B.** Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).
- C.** Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

### **F51.4 Terrores nocturnos (307.46)**

- A.** Episodios recurrentes de despertares bruscos, que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor y que se inician con un grito de angustia.
- B.** Aparición durante el episodio de miedo y signos de activación vegetativa de carácter intenso, por ejemplo, taquicardia, taquipnea y sudoración.
- C.** El individuo muestra una falta relativa de respuesta a los esfuerzos de los demás por tranquilizarle.
- D.** Existe amnesia del episodio: el individuo no puede describir recuerdo alguno detallado de lo acontecido durante la noche.
- E.** Estos episodios provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F.** La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

### **F51.3 Sonambulismo (307.46)**

- A.** Episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño, que tienen un lugar generalmente durante el primer tercio del período de sueño mayor.
- B.** Durante estos episodios, el individuo tiene una mirada fija y perdida, se muestra relativamente arreactivo a los intentos de los demás para establecer un diálogo con él y sólo puede ser despertado a base de grandes esfuerzos.
- C.** Al despertar (tanto en pleno episodio como a la mañana siguiente), el sujeto no recuerda nada de lo sucedido.
- D.** A los pocos minutos de despertarse del episodio de sonambulismo, el individuo recobra todas sus facultades y no muestra afectación del comportamiento o las actividades mentales (aunque en un primer momento puede presentar confusión o desorientación).
- E.** Los episodios de sonambulismo provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica.

### **Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental**

#### **F51.0 Insomnio relacionado con... (indicar el trastorno del Eje I o el Eje II) (307.42)**

**A.** El principal motivo de consulta es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o la sensación de sueño no reparador al despertarse, durante al menos 1 mes, asociadas a fatiga diurna o afectación de las actividades diarias.

**B.** Las alteraciones del sueño (o sus secuelas diurnas) provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**C.** El insomnio se considera relacionado con otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad), pero reviste la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

**D.** Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnia).

**E.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

#### **F51.1 Hipersomnia relacionada con... (indicar el trastorno del Eje I o el Eje II) (307.44)**

**A.** El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva durante al menos 1 mes, tal como ponen de relieve episodios de sueño nocturno más prolongados de lo normal o aparición casi diaria de episodios de sueño diurno.

**B.** La somnolencia excesiva provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**C.** La hipersomnia se considera relacionada con otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico), pero es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

**D.** Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnia) o por una cantidad insuficiente de sueño.

**E.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica.

### **Otros trastornos del sueño**

#### **G47.X Trastorno del sueño debido a... (indicar enfermedad médica) (780.XX)**

**A.** Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para requerir una atención clínica independiente.

**B.** A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio hay pruebas de que las alteraciones del sueño son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

- C.** Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno (p. ej., trastorno adaptativo en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D.** Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E.** Estas alteraciones del sueño no cumplen los criterios para la narcolepsia ni trastorno del sueño relacionado con la respiración.
- F.** Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar tipo:

- .0 Tipo insomnio (52):** si el insomnio es la alteración del sueño predominante.
- .1 Tipo hipersomnias (54):** si la hipersomnias es la alteración del sueño predominante.
- .8 Tipo parasomnias (59):** si la alteración del sueño predominante es una parasomnias.
- .8 Tipo mixto (59):** si hay más de una alteración del sueño, pero ninguna predomina.

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, G47.0 Trastorno del sueño debido a una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tipo insomnio [780.52]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

### **trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias**

**A.** Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

**B.** A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente
2. el fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración del sueño

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o fármaco); los síntomas persisten por un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el período agudo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias independiente (p. ej., una historia de episodios de carácter recurrente no relacionados con sustancias).

**D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**E.** La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas excedan de los que habitualmente se asocian con la intoxicación o el síndrome de abstinencia, y cuando sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

código para el trastorno del sueño inducido por (sustancia específica):

**F10.8 Alcohol [291.8]**

**F15.8 Anfetamina [292.89]**

**F15.8 Cafeína [292.89]**

**F14.8 Cocaína [292.89]**

**F11.8 Opiáceos [292.89]**

**F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]**

**F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89]**

**Tipos:**

- **Tipo insomnio:** si el insomnio es la alteración del sueño predominante.
- **Tipo hipersomnia:** si la hipersomnia es la alteración del sueño predominante.
- **Tipo parasomnia:** si una parasomnia es la alteración del sueño predominante.
- **Tipo mixto:** si hay más de una alteración del sueño y ninguna predomina.

Especificar si:

- **De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios para intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.
- **De inicio durante la abstinencia:** si se cumplen los criterios para abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

## **Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados:**

### **F63.8 Trastorno explosivo intermitente (312.34)**

**A.** Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

**B.** El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.

**C.** Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

### **F63.2 Cleptomanía (312.32)**

**A.** Dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor económico.

**B.** Sensación de tensión creciente inmediatamente antes de cometer el robo.

- C.** Bienestar, gratificación o liberación en el momento de cometer el robo.
- D.** El robo no se comete para expresar cólera o por venganza y no es en respuesta a una idea delirante o a una alucinación.
- E.** El robo no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco o un trastorno antisocial de la personalidad.

### **F63.1 Piromanía (312.33)**

- A.** Provocación deliberada e intencionada de un incendio en más de una ocasión.
- B.** Tensión o activación emocional antes del acto.
- C.** Fascinación, interés, curiosidad acerca de o atracción por el fuego y su contexto situacional.
- D.** Bienestar, gratificación o liberación cuando se inicia el fuego, o cuando se observa o se participa en sus consecuencias.
- E.** El incendio no se provoca por móviles económicos, como expresión de una ideología sociopolítica, para ocultar una actividad criminal, para expresar cólera o venganza, para mejorar las propias circunstancias de la vida, en respuesta a una idea delirante o a una alucinación, o como resultado de una alteración del juicio (p. ej., en la demencia, retraso mental, intoxicación por sustancias).
- F.** La provocación del incendio no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco, o un trastorno antisocial de la personalidad.

### **F63.0 Juego patológico (312.31)**

- A.** Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:
  - 1.** preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
  - 2.** necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
  - 3.** fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
  - 4.** inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
  - 5.** el juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
  - 6.** después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas)
  - 7.** se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
  - 8.** se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego
  - 9.** se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego (10) se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego
- B.** El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

### **F63.3 Tricotilomanía (312.39)**

- A.** Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible de pelo.

- B.** Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento.
- C.** Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo.
- D.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad dermatológica).
- E.** La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

## Trastornos Adaptativos

### Trastornos Adaptativo

- A.** La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B.** Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
  - 1.** malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
  - 2.** deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C.** La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
- D.** Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E.** Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Especificar si:

- **Agudo:** si la alteración dura menos de 6 meses.
- **Crónico:** si la alteración dura 6 meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

***F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]***

***F43.28 Con ansiedad [309.24]***

***F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]***

***F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]***

***F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]***

***F43.9 No especificado [309.9]***



