
Guía de consulta
de los
criterios diagnósticos
del
DSM-5™

SECCIÓN II

Criterios diagnósticos y Códigos

Trastornos del desarrollo neurológico	17
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos . . .	49
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	71
Trastornos depresivos	103
Trastornos de ansiedad	129
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionado . . .	145
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés . .	159
Trastornos disociativos	175
Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados	181
Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. . . .	189
Trastornos de la excreción	199
Trastornos del sueño-vigilia.	203
Disfunciones sexuales.	225
Disforia de género	239
Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta.	243
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	253

Trastornos neurocognitivos	319
Trastornos de la personalidad	359
Trastornos parafílicos	373
Otros trastornos mentales	381
Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos	385
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	395

Trastornos del desarrollo neurológico

Discapacidades intelectuales

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

- A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socio-culturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.
- C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Nota: El término diagnóstico *discapacidad intelectual* es equivalente al diagnóstico CIE-11 *trastornos del desarrollo intelectual*. Aunque a lo largo del manual se utiliza el término *discapacidad*

intelectual, en el título se usan ambos términos para facilitar la relación con otros sistemas de clasificación. Además, una cláusula federal de Estados Unidos (Public Law 111-256, Rosa's Law) sustituye el término *retraso mental* por *discapacidad intelectual*, y las revistas de investigación utilizan el término *discapacidad intelectual*. Así pues, *discapacidad intelectual* es el término de uso habitual en la profesión médica, educativa y otras, así como en la legislación pública y grupos de influencia.

Especificar la gravedad actual (véase la Tabla 1):

317 (F70) Leve

318.0 (F71) Moderado

318.1 (F72) Grave

318.2 (F73) Profundo

TABLA 1 Escala de gravedad de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Leve	<p>En niños de edad preescolar, puede no haber diferencias conceptuales manifestadas. En niños de edad escolar y en adultos, existen dificultades en el aprendizaje de aptitudes académicas relativas a la lectura, la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero, y se necesita ayuda en uno o más campos para cumplir las expectativas relacionadas con la edad. En adultos, existe alteración del pensamiento abstracto, la función ejecutiva (es decir, planificación, definición de estrategias, determinación de prioridades y flexibilidad cognitiva) y de la memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas (p. ej., leer, manejar el dinero). Existe un enfoque algo concreto a los problemas y soluciones en comparación con los grupos de la misma edad.</p>	<p>En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales. Por ejemplo, puede haber dificultad para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado por la edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma apropiada a la edad; estas dificultades son apreciadas por sus iguales en situaciones sociales. Existe una comprensión limitada del riesgo en situaciones sociales; el juicio social es inmaduro para la edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por los otros (ingenuidad).</p>	<p>El individuo puede funcionar de forma apropiada a la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan cierta ayuda con tareas de la vida cotidiana complejas en comparación con sus iguales. En la vida adulta, la ayuda implica típicamente la compra, el transporte, la organización doméstica y el cuidado de los hijos, la preparación de los alimentos y la gestión bancaria y del dinero. Las habilidades recreativas son similares a las de los grupos de la misma edad, aunque el juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio necesita ayuda. En la vida adulta, con frecuencia se observa competitividad en trabajos que no destacan en habilidades conceptuales. Los individuos generalmente necesitan ayuda para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y legales, y para aprender a realizar de manera competente una vocación que requiere habilidad. Se necesita típicamente ayuda para criar una familia.</p>

TABLA 1 Escala de gravedad de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) (cont.)

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Moderado	<p>Durante todo el desarrollo, las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas en comparación con sus iguales. En preescolares, el lenguaje y las habilidades preacadémicas se desarrollan lentamente. En niños de edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas y del tiempo de comprensión y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares y está notablemente reducido en comparación con sus iguales. En adultos, el desarrollo de las aptitudes académicas está típicamente en un nivel elemental y se necesita ayuda para todas las habilidades académicas, en el trabajo y en la vida personal. Se necesita ayuda continua diaria para completar tareas conceptuales de la vida cotidiana, y otros</p>	<p>El individuo presenta notables diferencias respecto a sus iguales en cuanto al comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo. El lenguaje hablado es típicamente un instrumento primario para la comunicación social, pero es mucho menos complejo que en sus iguales. La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y los amigos, y el individuo puede tener amistades satisfactorias a lo largo de la vida y, en ocasiones, relaciones sentimentales en la vida adulta. Sin embargo, los individuos pueden no percibir o interpretar con precisión las señales sociales. El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados, y los cuidadores han de ayudar al individuo en las decisiones de la vida. La amistad con los iguales en desarrollo con frecuencia está afectada por limitaciones</p>	<p>El individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer, vestirse, y de las funciones excretoras y la higiene como un adulto, aunque se necesita un período largo de aprendizaje y tiempo para que el individuo sea autónomo en estos campos, y se puede necesitar personas que le recuerden lo que tiene que hacer. De manera similar, se puede participar en todas las tareas domésticas en la vida adulta, aunque se necesita un período largo de aprendizaje, y se requiere ayuda continua para lograr un nivel de funcionamiento adulto. Se puede asumir un cargo independiente en trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero se necesita ayuda considerable de los compañeros, supervisores y otras personas para administrar las expectativas sociales, las complejidades laborales y responsabilidades complementarias, como programación, transporte, beneficios sanitarios y gestión del dinero. Se pueden llevar a cabo una variedad de habilidades recreativas. Estas personas necesitan típicamente ayuda adicional y</p>

TABLA 1 Escala de gravedad de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) (cont.)

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
	pueden encargarse totalmente de las responsabilidades del individuo.	de la comunicación o sociales. Se necesita ayuda importante social y comunicativa en el trabajo para obtener éxito.	oportunidades de aprendizaje durante un período de tiempo largo. Una minoría importante presenta comportamientos inadaptados que causa problemas sociales.
Grave	Las habilidades conceptuales están reducidas. El individuo tiene generalmente poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Los cuidadores proporcionan un grado notable de ayuda para la resolución de problemas durante toda la vida.	El lenguaje hablado está bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras sueltas o frases y se puede complementar con medidas de aumento. El habla y la comunicación se centran en el aquí y ahora dentro de acontecimientos cotidianos. El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual. La relación con los miembros de la familia y otros parientes son fuente de placer y de ayuda.	El individuo necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana, como comer, vestirse, bañarse y las funciones excretoras. El individuo necesita supervisión constante. El individuo no puede tomar decisiones responsables en cuanto al bienestar propio o de otras personas. En la vida adulta, la participación en tareas domésticas, de ocio y de trabajo necesita apoyo y ayuda constante. La adquisición de habilidades en todos los dominios implica un aprendizaje a largo plazo y ayuda constante. En una minoría importante, existe comportamiento inadaptado que incluye autolesiones.

TABLA 1 Escala de gravedad de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) (cont.)

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Profundo	Las habilidades conceptuales implican generalmente el mundo físico más que procesos simbólicos El individuo puede utilizar objetos dirigidos a un objetivo para el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio. Se pueden haber adquirido algunas habilidades visuoespaciales, como la concordancia y la clasificación basada en características físicas. Sin embargo, la existencia concurrente de alteraciones motoras y sensitivas puede impedir un uso funcional de los objetos.	El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad. El individuo puede comprender algunas instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa su propio deseo y sus emociones principalmente mediante comunicación no verbal y no simbólica El individuo disfruta de la relación con miembros bien conocidos de la familia, cuidadores y otros parientes, y da inicio y responde a interacciones sociales a través de señales gestuales y emocionales. La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.	El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque también puede participar en algunas de estas actividades. Los individuos sin alteraciones físicas graves pueden ayudar en algunas de las tareas de la vida cotidiana en el hogar, como llevar los platos a la mesa. Acciones sencillas con objetos pueden ser la base de la participación en algunas actividades vocacionales con alto nivel de ayuda continua. Las actividades recreativas pueden implicar, por ejemplo, disfrutar escuchando música, viendo películas, saliendo a pasear o participando en actividades acuáticas, todo ello con la ayuda de otros. La existencia concurrente de alteraciones físicas y sensoriales es un impedimento frecuente para la participación (más allá de la observación) en actividades domésticas, recreativas y vocacionales. En una minoría importante, existe comportamiento inadap- tado.

Retraso global del desarrollo

315.8 (F88)

Este diagnóstico se reserva para individuos *menores de 5 años* cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia. Esta categoría se diagnostica cuando un sujeto no cumple con los hitos de desarrollo esperados en varios campos del funcionamiento intelectual, y se aplica a individuos en los que no se puede llevar a cabo una valoración sistemática del funcionamiento intelectual, incluidos niños demasiado pequeños para participar en las pruebas estandarizadas. Esta categoría se debe volver a valorar después de un período de tiempo.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificada

319 (F79)

Esta categoría se reserva para individuos *mayores de 5 años* cuando la valoración del grado de discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) mediante procedimientos localmente disponibles es difícil o imposible debido a deterioros sensoriales o físicos asociados, como ceguera o sordera prelingual, discapacidad locomotora o presencia de problemas de comportamiento graves o la existencia concurrente de trastorno mental. Esta categoría sólo se utilizará en circunstancias excepcionales y se debe volver a valorar después de un período de tiempo.

Trastornos de la comunicación

Trastorno del lenguaje

315.32 (F80.2)

- A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias de la comprensión o la producción que incluye lo siguiente:
1. Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).
 2. Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas).
 3. Deterioro del discurso (capacidad para usar vocabulario y conectar frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación).
- B. Las capacidades de lenguaje están notablemente y desde un punto de vista cuantificable por debajo de lo esperado para la edad, lo que produce limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.
- D. Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no se explica mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.
-

Trastorno fonológico

315.39 (F80.0)

- A. Dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.
 - B. La alteración causa limitaciones en la comunicación eficaz que interfiere con la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
 - C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.
 - D. Las dificultades no se pueden atribuir a afecciones congénitas o adquiridas, como parálisis cerebral, paladar hendido, hipoacusia, traumatismo cerebral u otras afecciones médicas o neurológicas.
-

**Trastorno de la fluidez de inicio
en la infancia (tartamudeo)**

315.35 (F80.81)

- A. Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición frecuente y notable de uno (o más) de los siguientes factores:
 - 1. Repetición de sonidos y sílabas.
 - 2. Prolongación de sonido de consonantes y de vocales.
 - 3. Palabras fragmentadas (p. ej., pausas en medio de una palabra).
 - 4. Bloqueo audible o silencioso (pausas en el habla, llenas o vacías).
 - 5. Circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas).
 - 6. Palabras producidas con un exceso de tensión física.

7. Repetición de palabras completas monosilábicas (p. ej., “Yo-Yo-Yo lo veo”).
 - B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social, el rendimiento académico o laboral de forma individual o en cualquier combinación.
 - C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo. (**Nota:** Los casos de inicio más tardío se diagnostican como 307.0 [F98.5] trastorno de la fluidez de inicio en el adulto.)
 - D. La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, disfluencia asociada a un daño neurológico (p. ej., ictus, tumor, traumatismo) o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.
-

Trastorno de la comunicación social (pragmático)

315.39 (F80.89)

- A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todos los siguientes factores:
 1. Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social.
 2. Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal.
 3. Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción.
 4. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (p. ej., hacer inferencias) y significados no literales o ambiguos del lenguaje (p. ej., expresiones idiomáticas, hu-

mor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).

- B. Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.
 - C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo (pero las deficiencias pueden no manifestarse totalmente hasta que la necesidad de comunicación social supera las capacidades limitadas).
 - D. Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro del autismo, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.
-

Trastorno de la comunicación no especificado

307.9 (F80.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de la comunicación que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de la comunicación o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría del trastorno de la comunicación no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno de la comunicación o de un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Trastorno del espectro del autismo

Trastorno del espectro del autismo

299.00 (F84.0)

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
 3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)

Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado[s].)

Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las págs. 65–66). **(Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

Procedimientos de registro

Para el trastorno del espectro del autismo que está asociado a una afección médica o genética conocida, a un factor ambiental o a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental, o del comportamiento, se registrará el trastorno del espectro del autismo asociado a (nombre de la afección, trastorno o factor) (p. ej., trastorno del espectro de autismo asociado al síndrome de Rett). La gravedad se registrará de acuerdo con el grado de ayuda necesaria para cada uno de los dominios psicopatológicos de la Tabla 2 (p. ej., “necesita apoyo muy notable para deficiencias en la comunicación social y apoyo notable para comportamientos restringidos y repetitivos”). A continuación, se debe especificar “con deterioro intelectual acompañante” o “sin deterioro intelectual acompañante”. Después se hará constar la especi-

TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del autismo

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inusuales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda <i>in situ</i> ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.

TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo (cont.)

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda <i>in situ</i> , las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

ficación de la deterioro del lenguaje. Si existe un deterioro del lenguaje acompañante, se registrará el grado actual de funcionamiento verbal (p. ej., “con deterioro del lenguaje acompañante-habla no inteligible” o “con deterioro del lenguaje acompañante-habla con frases”). Si existe catatonía, se registrará por separado “catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo.”

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

- A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):
1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:
Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.
 - a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
 - b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
 - d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
 - e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
 - f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
 - g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
 - h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
 - i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).
2. **Hiperactividad e impulsividad:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes ma-

yores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
 - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
 - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
 - e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
 - f. Con frecuencia habla excesivamente.
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado

314.01 (F90.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de algún trastorno específico del desarrollo neurológico. Esto se hace registrando “otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad específico” y a continuación el motivo específico (p. ej., “con síntomas de inatención insuficientes”).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

314.01 (F90.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las

que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Trastorno específico del aprendizaje

Trastorno específico del aprendizaje

- A. Dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante 6 meses, a pesar de intervenciones dirigidas a estas dificultades:
1. Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo (p. ej., lee palabras sueltas en voz alta incorrectamente o con lentitud y vacilación, con frecuencia adivina palabras, dificultad para expresar bien las palabras).
 2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee (p. ej., puede leer un texto con precisión pero no comprende la oración, las relaciones, las inferencias o el sentido profundo de lo que lee).
 3. Dificultades ortográficas (p. ej., puede añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes).
 4. Dificultades con la expresión escrita (p. ej., hace múltiples errores gramaticales o de puntuación en un oración; organiza mal el párrafo; la expresión escrita de ideas no es clara).
 5. Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo (p. ej., comprende mal los números, su magnitud y sus relaciones; cuenta con los dedos para sumar números de un solo dígito en lugar de recordar la operación matemática como hacen sus iguales; se pierde en el cálculo aritmético y puede intercambiar los procedimientos).
 6. Dificultades con el razonamiento matemático (p. ej., tiene gran dificultad para aplicar los conceptos, hechos u operaciones matemáticas para resolver problemas cuantitativos).

- B. Las aptitudes académicas afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo, e interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral, o con actividades de la vida cotidiana, que se confirman con medidas (pruebas) estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral. En individuos de 17 y más años, la historia documentada de las dificultades del aprendizaje se puede sustituir por la evaluación estandarizada.
- C. Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo (p. ej., en exámenes programados, la lectura o escritura de informes complejos y largos para una fecha límite inaplazable, tareas académicas excesivamente pesadas).
- D. Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas.

Nota: Se han de cumplir los cuatro criterios diagnósticos basándose en una síntesis clínica de la historia del individuo (del desarrollo, médica, familiar, educativa), informes escolares y evaluación psicoeducativa.

Nota de codificación: Especificar todos las áreas académicas y subaptitudes alteradas. Cuando más de un área está alterada, cada una de ellas se codificará individualmente de acuerdo con los siguientes especificadores.

Especificar si:

315.00 (F81.0) Con dificultades en la lectura:

Precisión en la lectura de palabras

Velocidad o fluidez de la lectura

Comprensión de la lectura

Nota: La *dislexia* es un término alternativo utilizado para referirse a un patrón de dificultades del aprendizaje que se caracteriza por problemas con el reconocimiento de palabras en forma precisa o fluida, deletrear mal y poca capacidad ortográfica. Si

se utiliza dislexia para especificar este patrón particular de dificultades, también es importante especificar cualquier dificultad adicional presente, como dificultades de comprensión de la lectura o del razonamiento matemático.

315.2 (F81.81) Con dificultad en la expresión escrita:

Corrección ortográfica

Corrección gramatical y de la puntuación

Claridad u organización de la expresión escrita

315.1 (F81.2) Con dificultad matemática:

Sentido de los números

Memorización de operaciones aritméticas

Cálculo correcto o fluido

Razonamiento matemático correcto

Nota: *Discalculia* es un término alternativo utilizado para referirse a un patrón de dificultades que se caracteriza por problemas de procesamiento de la información numérica, aprendizaje de operaciones aritméticas y cálculo correcto o fluido. Si se utiliza discalculia para especificar este patrón particular de dificultades matemáticas, también es importante especificar cualquier dificultad adicional presente, como dificultades del razonamiento matemático o del razonamiento correcto de las palabras.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Algunas dificultades con las aptitudes de aprendizaje en uno o dos áreas académicas, pero suficientemente leves para que el individuo pueda compensarlas o funcionar bien cuando recibe una adaptación adecuada o servicios de ayuda, especialmente durante la edad escolar.

Moderado: Dificultades notables con las aptitudes de aprendizaje en una o más áreas académicas, de manera que el individuo tiene pocas probabilidades de llegar a ser competente sin algunos períodos de enseñanza intensiva y especializada durante la edad escolar. Se puede necesitar alguna adaptación o servicios de ayuda al menos durante una parte del horario en la escuela, en el lugar de trabajo o en casa para realizar las actividades de forma correcta y eficaz.

Grave: Dificultades graves en las aptitudes de aprendizaje que afectan varias áreas académicas, de manera que el individuo tiene pocas probabilidades de aprender esas aptitudes sin enseñanza constante e intensiva individualizada y especializada durante la mayor parte de los años escolares. Incluso con diversos métodos de adaptación y servicios adecuados en casa, en la escuela o en el lugar de trabajo, el individuo puede no ser capaz de realizar con eficacia todas las actividades.

Procedimientos de registro

Se registrará cada una de las áreas académicas y subaptitudes afectadas del trastorno de aprendizaje específico. Debido a los requisitos de codificación CIE, se codificarán por separado las dificultades en la lectura, la expresión escrita y las matemáticas, junto con sus deficiencias correspondientes de subaptitudes. Por ejemplo, las dificultades en la lectura y matemáticas y las deficiencias en las subaptitudes de velocidad o fluidez de lectura, comprensión de la lectura, cálculo correcto o fluido, y razonamiento matemático correcto se codificarán y registrarán como 315.00 (F81.0) trastorno de aprendizaje específico con dificultades en la lectura, con dificultades de la velocidad y la fluidez en lectura y dificultad de comprensión de la lectura; 315.1 (F81.2) trastorno del aprendizaje específico con dificultad matemática, con dificultad del cálculo correcto o fluido y dificultad de razonamiento matemático correcto.

Trastornos motores

Trastorno del desarrollo de la coordinación

315.4 (F82)

- A. La adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas está muy por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo y la oportunidad de aprendizaje y el uso de las aptitudes. Las dificultades se manifiestan como torpeza (p. ej., dejar

caer o chocar con objetos) así como lentitud e imprecisión en la realización de habilidades motoras (p. ej., coger un objeto, utilizar las tijeras o los cubiertos, escribir a mano, montar en bicicleta o participar en deportes).

- B. El déficit de actividades motoras del Criterio A interfiere de forma significativa y persistente con las actividades de la vida cotidiana apropiadas para la edad cronológica (p. ej., el cuidado y mantenimiento de uno mismo) y afecta a la productividad académica/escolar, las actividades prevocacionales y vocacionales, el ocio y el juego.
 - C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo.
 - D. Las deficiencias de las habilidades motoras no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o deterioros visuales, y no se pueden atribuir a una afección neurológica que altera el movimiento (p. ej., parálisis cerebral, distrofia muscular, trastorno degenerativo).
-

Trastorno de movimientos estereotipados

307.3 (F98.4)

- A. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo (p. ej., sacudir o agitar las manos, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse, golpearse el propio cuerpo).
- B. El comportamiento motor repetitivo interfiere en las actividades sociales, académicas u otras y puede dar lugar a la autolesión.
- C. Comienza en las primeras fases del período de desarrollo.
- D. El comportamiento motor repetitivo no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección neurológica y no se explica mejor por otro trastorno del desarrollo neurológico o mental (p. ej., tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno obsesivo-compulsivo).

Especificar si:

Con comportamiento autolesivo (o comportamiento que derivaría en lesión si no se emplearan medidas preventivas).

Sin comportamiento autolesivo

Especificar si:

Asociado a una afección médica o genética, un trastorno del desarrollo neurológico o un factor ambiental conocidos (p. ej., síndrome de Lesch-Nyhan, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], exposición intrauterina al alcohol).

Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética, o trastorno del desarrollo neurológico asociado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Los síntomas desaparecen fácilmente mediante estímulo sensorial o distracción.

Moderado: Los síntomas requieren medidas de protección explícitas y modificación del comportamiento.

Grave: Se necesita vigilancia continua y medidas de protección para prevenir lesiones graves.

Procedimientos de registro

En el trastorno de movimientos estereotipados asociado a una afección médica o genética, trastorno del desarrollo neurológico o un factor ambiental conocidos, se registrará trastorno de movimientos estereotipados asociado a (nombre de la afección, trastorno o factor) (p. ej., trastorno de movimientos estereotipados asociado a síndrome de Lesch-Nyhan).

Trastornos de tics

Nota: Un tic es una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico.

Trastorno de la Tourette.

307.23 (F95.2)

- A. Los tics motores múltiples y uno o más tics vocales han estado presentes en algún momento durante la enfermedad, aunque no necesariamente de forma concurrente.
- B. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.
- C. Comienza antes de los 18 años.

- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posvímica).

Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico). 307.22 (F95.1)

- A. Los tics motores o vocales únicos o múltiples han estado presentes durante la enfermedad, pero no ambos a la vez.
- B. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.
- C. Comienza antes de los 18 años.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posvímica).
- E. Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de la Tourette.

Especificar si:

Sólo con tics motores

Sólo con tics vocales

Trastorno de tics transitorio. 307.21 (F95.0)

- A. Tics motores y/o vocales únicos o múltiples.
- B. Los tics han estado presentes durante menos de un año desde la aparición del primer tic.
- C. Comienza antes de los 18 años.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posvímica).
- E. Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de la Tourette o de trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico).
-

Otro trastorno de tics especificado

307.20 (F95.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de un trastorno de tics o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de otro trastorno de tics especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de tics o de un trastorno del desarrollo neurológico específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de tics especificado” y a continuación el motivo específico (p. ej., “inicio después de los 18 años”).

Trastorno de tics no especificado

307.20 (F95.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de un trastorno de tics o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría trastorno de tics no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de tics o de un trastorno específico del desarrollo neurológico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Otros trastornos del desarrollo neurológico

Otro trastorno del desarrollo neurológico especificado

315.8 (F88)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del desarrollo neurológico que causan deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de otro trastorno del desarrollo neurológico especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno del desarrollo neurológico específico. Esto se hace registrando “otro trastorno del desarrollo neurológico especificado” y a continuación el motivo específico (p. ej., “trastorno del desarrollo neurológico asociado a exposición intrauterina al alcohol”).

Una presentación que se puede especificar utilizando “otro especificado” es, por ejemplo, la siguiente:

Trastorno del desarrollo neurológico asociado a exposición intrauterina al alcohol: El trastorno del desarrollo neurológico asociado a exposición intrauterina al alcohol se caracteriza por diversas discapacidades del desarrollo después de la exposición *in utero* al alcohol.

Trastorno del desarrollo neurológico no especificado

315.9 (F89)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del desarrollo neurológico que causan deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría trastorno del desarrollo neurológico no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (por ejemplo, en el ámbito de urgencias).

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Trastorno esquizotípico (de la personalidad)

Los criterios para el trastorno de la personalidad esquizotípico pueden encontrarse en el capítulo “Trastornos de la personalidad.” Este trastorno se incluye en este capítulo ya que se considera parte del espectro de trastornos de la esquizofrenia y está catalogado como trastorno esquizotípico en esta sección según el CIE-9 y CIE-10 y los criterios se presentan en el capítulo “Trastornos de la personalidad.”

Trastorno delirante

297.1 (F22)

- A. Presencia de uno (o más) delirios de un mes o más de duración.
- B. Nunca se ha cumplido el Criterio A de esquizofrenia.
Nota: Las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación).
- C. Aparte del impacto del delirio(s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.
- D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los períodos delirantes.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Especificar si:

Tipo erotomaníaco: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del individuo.

Tipo de grandeza: Ese subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento o conocimientos (no reconocidos) o de haber hecho algún descubrimiento importante.

Tipo celotípico: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio del individuo es que su cónyuge o amante le es infiel.

Tipo persecutorio: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra, o que lo engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan o drogan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo.

Tipo somático: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales.

Tipo mixto: Este tipo se aplica cuando no predomina ningún tipo de delirio.

Tipo no especificado: Este subtipo se aplica cuando el delirio dominante no se puede determinar claramente o no está descrito en los tipos específicos (p. ej., delirios referenciales sin un componente persecutorio o de grandeza importante).

Especificar si:

Con contenido extravagante: Los delirios se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente (p. ej., la creencia de un individuo de que un extraño le ha quitado sus órganos internos y se los ha sustituido por los de otro sin dejar heridas ni cicatrices).

Especificar si:

Los especificadores de evolución siguientes sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno:

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un *episodio agudo* es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *Remisión parcial* es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: *Remisión to-*

tal es un período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con períodos sintomáticos por debajo del umbral que son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica según una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis que incluye: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno delirante se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Trastorno psicótico breve

298.8 (F23)

- A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes. Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

Nota: No incluir un síntoma si es una respuesta aprobada culturalmente.

- B. La duración de un episodio del trastorno es al menos de un

día pero menos de un mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo a la enfermedad.

- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas u otro trastorno psicótico como esquizofrenia o catatonía, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con factor(es) de estrés notable(s) (psicosis reactiva breve): Si los síntomas se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

Sin factor(es) de estrés notable(s): Si los síntomas no se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

Con inicio posparto: Si comienza durante el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto.

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental; págs. 65–66).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno psicótico breve para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Trastorno esquizofreniforme

295.40 (F20.81)

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos unos de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Un episodio del trastorno dura como mínimo un mes pero menos de seis meses. Cuando el diagnóstico se ha de hacer sin esperar a la recuperación, se calificará como “provisional.”
- C. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes durante una parte mínima de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) u otra afección médica.

Especificar si:

Con características de buen pronóstico: Este especificador requiere la presencia de dos o más de las siguientes características: aparición de síntomas psicóticos notables en las primeras cuatro semanas después del primer cambio apreciable del comportamiento o funcionamiento habitual; confusión o perplejidad; buen funcionamiento social y laboral antes de la enfermedad; y ausencia de afecto embotado o plano.

Sin características de buen pronóstico: Este especificador se aplica si no han estado presentes dos o más de las características anteriores.

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental; págs. 65–66).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno esquizofreniforme para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Esquizofrenia

295.90 (F20.9)

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un *episodio agudo* es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *Remisión parcial* es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: *Remisión total* es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 65–66).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Di-

menciones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Trastorno esquizoafectivo

- A. Un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) concurrente con el Criterio A de esquizofrenia.
Nota: El episodio depresivo mayor ha de incluir el Criterio A1: Depresión del estado de ánimo.
- B. Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad.
- C. Los síntomas que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de las fases activa y residual de la enfermedad.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) u otra afección médica.

Especificar si:

295.70 (F25.0) Tipo bipolar: Este subtipo se aplica si un episodio maníaco forma parte de la presentación. También se pueden producir episodios depresivos mayores.

295.70 (F25.1) Tipo depresivo: Este subtipo sólo se aplica si episodios depresivos mayores forman parte de la presentación.

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental; págs. 65–66).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno esquizoafectivo para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios requeridos para el diagnóstico en cuanto a síntomas y tiempo. Un *episodio agudo* es un período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *Remisión parcial* es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: *Remisión total* es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con períodos sintomáticos por debajo del umbral muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis que incluye: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos

- A. Presencia de uno o los dos síntomas siguientes:
1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de (1) y (2):
1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de un trastorno psicótico independiente pueden incluir lo siguiente:
- Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas de un trastorno psicótico independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico sólo se puede hacer en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o de abstinencia de sustancias cuando en el cuadro clínico predominan los síntomas del Criterio A y cuando son suficientemente graves para merecer atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos psicóticos inducidos por [una sustancia/medicamento es-

pecífico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por consumo de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno psicótico inducido por sustancias, el carácter en 4^a posición es “1,” y el clínico hará constar “trastorno leve por consumo de [sustancia]” antes del trastorno psicótico inducido por sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno psicótico inducido por cocaína”). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno psicótico inducido por sustancias, el carácter en 4^a posición es “2,” y el clínico hará constar “trastorno moderado por consumo de [sustancia]” o “trastorno grave por consumo de [sustancia]” según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), el carácter en 4^a posición es “9,” y el clínico sólo hará constar el trastorno psicótico inducido por sustancias.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.9	F10.159	F10.259	F10.959
Cannabis	292.9	F12.159	F12.259	F12.959
Fenciclidina	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Otro alucinógeno	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Inhalante	292.9	F18.159	F18.259	F18.959
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.9	F13.159	F13.259	F13.959
Anfetamina (u otro estimulante)	292.9	F15.159	F15.259	F15.959
Cocaína	292.9	F14.159	F14.259	F14.959
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.9	F19.159	F19.259	F19.959

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” para diagnósticos asociados a la clase de sustancias):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después de dejar la sustancia.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis tales como: delirios, aluci-

naciones, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los delirios o alucinaciones. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código “otra sustancia”; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría “sustancia desconocida”.

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). A diferencia de los procedimientos de registro del CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en el CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de delirios que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es 292.9 trastorno psicótico inducido por cocaína, con inicio durante la intoxicación. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.20 trastorno grave por consumo de cocaína. Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo de síntomas psicóticos, cada una de ellas se indicará por separado (p. ej., 292.9 trastorno psicótico inducido por cannabis con inicio durante la intoxicación, con trastorno grave por consumo de cannabis; 292.9 trastorno psicótico inducido

por fenciclidina, con inicio durante la intoxicación, con trastorno leve por consumo de fenciclidina).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los delirios o las alucinaciones. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código “otra sustancia” sin consumo concurrente de sustancias; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría “sustancia desconocida” sin consumo concurrente de sustancias.

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) y, a continuación, la palabra “con” seguida del nombre del trastorno psicótico inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de los delirios que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.259 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno psicótico inducido por cocaína, con inicio durante la intoxicación. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de cocaína. Si el trastorno psicótico inducido por sustancias se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F16.959 trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo de síntomas psicóticos, cada una de ellas se indicará por separado (p. ej., F12.259 trastorno grave por consumo de cannabis con trastorno psicótico inducido por cannabis, con inicio durante la intoxicación; F16.159 trastorno leve por consumo de fenciclidina con trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con inicio durante la intoxicación).

Trastorno psicótico debido a otra afección médica

- A. Alucinaciones o delirios destacados.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Código basado en el síntoma predominante:

293.81 (F06.2) Con delirios: Si los delirios son el síntoma predominante.

293.82 (F06.0) Con alucinaciones: Si las alucinaciones son el síntoma predominante.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.81 [F06.2] trastorno psicótico debido a neoplasia pulmonar maligna, con delirios). La otra afección médica se codificará y se indicará por separado inmediatamente antes del trastorno psicótico debido a la afección médica (p. ej., 162.9 [C34.90] neoplasia pulmonar maligna; 293.81 [F06.2] trastorno psicótico debido a neoplasia pulmonar maligna, con delirios).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis, tales como: delirios, alucinaciones, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra afección médica se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Catatonía

Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía)

293.89 (F06.1)

- A. El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los síntomas siguientes:
1. Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; no interactuar activamente con el entorno).
 2. Catalepsia (es decir., inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad).
 3. Flexibilidad cérea (es decir, resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador).
 4. Mutismo (es decir, respuesta verbal ausente o escasa [excluir si hay afasia confirmada]).
 5. Negativismo (es decir, oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos).
 6. Adopción de una postura (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad).
 7. Manierismo (es decir, caricatura extraña, circunstancial de acciones normales).
 8. Estereotipia (es decir, movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos hacia un objetivo).
 9. Agitación, no influida por estímulos externos.
 10. Muecas.
 11. Ecolalia (es decir, imitación del habla de otra persona).
 12. Ecopraxia (es decir, imitación de los movimientos de otra persona).

Nota de codificación: Cuando se registre el nombre de la afección, indicar el nombre del trastorno mental asociado (p. ej., 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno depresivo mayor). Codificar en primer lugar el trastorno mental asociado (es decir, trastorno del desarrollo neurológico, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor u otro trastorno mental) (p. ej., 295.70 [F25.1] trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo; 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno esquizoafectivo).

Trastorno catatónico debido a otra afección médica

293.89 (F06.1)

- A. El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los síntomas siguientes:
1. Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; no relacionado activamente con el entorno).
 2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad).
 3. Flexibilidad cérica (es decir, resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador).
 4. Mutismo (es decir, respuesta verbal ausente o escasa [**Nota:** no aplicable si existe afasia establecida]).
 5. Negativismo (es decir, oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos).
 6. Adopción de una postura (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad).
 7. Manierismo (es decir, caricatura extraña, circunstancial de acciones normales).
 8. Estereotipia (es decir, movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos a un objetivo).
 9. Agitación, no influida por estímulos externos.
 10. Muecas.
 11. Ecolalia (es decir, imitación del habla de otra persona).

12. Ecopraxia (es decir, imitación de los movimientos de otra persona).
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., un episodio maniaco).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.89 [F06.1] trastorno catatónico debido a encefalopatía hepática). La otra afección médica se codificará y se indicará por separado inmediatamente antes del trastorno catatónico debido a la afección médica (p. ej., 572.2 [K71.90] encefalopatía hepática; 293.89 [F06.1] trastorno catatónico debido a encefalopatía hepática).

Catatonía no especificada

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que los síntomas característicos de catatonía causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero la naturaleza del trastorno mental subyacente u otra afección médica no está clara, no se cumplen todos los criterios de catatonía o no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Nota de codificación: Codificar en primer lugar **781.99 (R29.818)** otros síntomas que afectan los sistemas nervioso y musculoesquelético, y a continuación **293.89 (F06.1)** catatonía no especificada.

Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico

298.8 (F28)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La categoría de otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno específico del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Esto se hace registrando “otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico” y a continuación el motivo específico (p. ej., “alucinaciones auditivas persistentes”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. **Alucinaciones auditivas persistentes** que se producen en ausencia de cualquier otra característica.
2. **Delirios con episodios importantes del estado de ánimo superpuestos:** Incluye delirios persistentes con períodos de episodios del estado de ánimo superpuestos que están presentes durante una parte importante del trastorno delirante (de tal manera que no se cumple el criterio que estipula sólo una alteración breve del estado de ánimo en el trastorno delirante).
3. **Síndrome de psicosis atenuado:** Este síndrome se caracteriza por presentar síntomas parecidos a los psicóticos que están por debajo del umbral de la psicosis establecida (p. ej., los síntomas son menos graves y más transitorios, y la introspección se mantiene relativamente).
4. **Síntomas delirantes en la pareja de un individuo con trastorno delirante:** En el contexto de una relación, el material delirante del miembro dominante de la pareja proporciona el

contenido para la creencia delirante del individuo que, de otro modo, puede cumplir totalmente los criterios de trastorno delirante.

Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico

298.9 (F29)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La categoría del trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno específico del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Trastorno bipolar y trastornos relacionados

Trastorno bipolar I

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.

Episodio maníaco.

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:
 - 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 - 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
 - 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 - 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfundada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.
- D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Los Criterios A–D constituyen un episodio maníaco. Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio hipomaníaco.

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).

Nota: Un episodio hipomaníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el

diagnóstico de un episodio hipomaniaco, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

Nota: Los criterios A–F constituyen un episodio hipomaniaco. Los episodios hipomaniacos son frecuentes en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio de depresión mayor.

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.¹

Trastorno bipolar I.

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A–D en “Episodio maníaco” antes citados).
- B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

Procedimientos de codificación y registro

El código diagnóstico del trastorno bipolar I se basa en el tipo de episodio actual o más reciente, así como en la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio maníaco o de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo se indican si actualmente no se cumplen todos los criterios para un epi-

¹Para distinguir la culpabilidad de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en la culpabilidad el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM, es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en la culpabilidad probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas de culpa. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor de la culpabilidad puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados a la culpabilidad generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocritica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En la culpabilidad, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de inutilidad y de desprecio por uno mismo. Si en la culpabilidad existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en “reunirse” con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

sodio maníaco, hipomaníaco o de depresión mayor. Los códigos son los siguientes:

Trastorno bipolar I	Episodio maníaco actual o más reciente	Episodio hipomaníaco* actual o más reciente	Episodio depresivo actual o más reciente	Episodio no especificado actual o más reciente**
Leve (pág. 102)	296.41 (F31.11)	ND	296.51 (F31.31)	ND
Moderado (pág. 102)	296.42 (F31.12)	ND	296.52 (F31.32)	ND
Grave (pág. 102)	296.43 (F31.13)	ND	296.53 (F31.4)	ND
Con características psicóticas*** (pág. 98)	296.44 (F31.2)	ND	296.54 (F31.5)	ND
En remisión parcial (pág. 101)	296.45 (F31.73)	296.45 (F31.71)	296.55 (F31.75)	ND
En remisión total (pág. 102)	296.46 (F31.74)	296.46 (F31.72)	296.56 (F31.76)	ND
No especificado	296.40 (F31.9)	296.40 (F31.9)	296.50 (F31.9)	ND

* No se aplican los especificadores de gravedad y psicóticos; código 296.40 (F31.0) para los casos que no están en remisión.

** No se aplican los especificadores de gravedad, psicóticos y de remisión. Código 296.7 (F31.9).

*** Si existen características psicóticas, codificar el especificador "con características psicóticas" independientemente de la gravedad del episodio.

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno bipolar I, tipo de episodio actual o más reciente, especificadores de gravedad/psicóticos/remisión, y a continuación tantos especificadores sin código como correspondan al episodio actual o más reciente.

Especificar:

Con ansiedad (págs. 92–93)

Con características mixtas (págs. 93–95)

Con ciclos rápidos (pág. 95)

Con características melancólicas (págs. 95–97)

Con características atípicas (págs. 97–98)

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 98)

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo (pág. 98)

Con catatonía (pág. 98). **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).

Con inicio en el parto (págs. 98–100)

Con patrón estacional (págs. 100–101)

Trastorno bipolar II

296.89 (F31.81)

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II, es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaniaco actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado:

Episodio hipomaniaco.

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:
1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maniaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Un episodio hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico

más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio hipomaniaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaniaco, ni indican necesariamente una diátesis bipolar.

Episodio de depresión mayor.

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a una afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento del peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C anteriores constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso descritas en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser incomprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.²

Trastorno bipolar II.

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A–F en “Episodio maníaco” más adelante) al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A–C en “Episodio de depresión mayor” antes citados).
- B. Nunca ha habido un episodio maníaco.
- C. La aparición del episodio(s) hipomaníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
- D. Los síntomas de depresión o de incertidumbre causados por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

²Para distinguir la culpabilidad de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en la culpabilidad el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM, es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en la culpabilidad probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas de culpa. Estas oleadas tienden a asociarse con pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor de la culpabilidad puede ir acompañado de emociones y humor positivos que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados a la culpabilidad generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En la culpabilidad, la autoestima está por lo general conservada, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de inutilidad y de desprecio por uno mismo. Si en la culpabilidad existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa sobre la muerte y el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en “reunirse” con él, mientras que en un EDM, estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

Procedimientos de codificación y registro

El trastorno bipolar II tiene un código diagnóstico: 296.89 (F31.81). Su gravedad actual, la presencia de características psicóticas, el curso y otros especificadores no se pueden codificar pero deberían indicarse por escrito (p. ej., 296.89 [F31.81] trastorno bipolar II, episodio depresivo actual, gravedad moderada, con características mixtas; 296.89 [F31.81] trastorno bipolar II, episodio depresivo más frecuente, en remisión parcial).

Especificar el episodio actual o más reciente:

Hipomaniaco**Depresivo**

Especificar si:

Con ansiedad (págs. 92–93)

Con características mixtas (págs. 93–95)

Con ciclos rápidos (pág. 95)

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 98)

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo (pág. 98)

Con catatonía (pág. 98). **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).

Con inicio en el parto (págs. 98–100)

Con patrón estacional (págs. 100–101): Sólo se aplica al patrón de episodios de depresión mayor.

Especificar el curso si no se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo:

En remisión parcial (pág. 101)

En remisión total (pág. 102)

Especificar la gravedad si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo:

Leve (pág. 102)

Moderado (pág. 102)

Grave (pág. 102)

Trastorno ciclotímico

301.13 (F34.0)

- A. Durante dos años como mínimo (al menos un año en niños y adolescentes) han existido numerosos períodos con síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaniaco y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.
- B. Durante el período de dos años citado anteriormente (un año en niños y adolescentes), los períodos hipomaniacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos.
- C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaniaco.
- D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
- E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con ansiedad (véase págs. 92–93)

**Trastorno bipolar y trastorno relacionado
inducido por sustancias/medicamentos**

- A. Una alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por un es-

tado de ánimo elevado, expansivo o irritable, con o sin estado de ánimo deprimido, o disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

- B. Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno bipolar o un trastorno relacionado no inducido por sustancias/medicamentos. La evidencia de un trastorno bipolar independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas de la existencia de un trastorno bipolar o un trastorno relacionado independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos)
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para el trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por una [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias, el carácter en 4^a posición es “1,” y el clínico hará constar “trastorno leve por consumo de [sustancia]” antes del trastorno bipolar y relacionado inducido por sustan-

cias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por cocaína”). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es “2,” y el clínico hará constar “trastorno moderado por consumo de [sustancia]” o “trastorno grave por consumo de [sustancia]” según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), el carácter en 4ª posición es “9,” y el clínico sólo hará constar el trastorno bipolar y relacionados inducidos por sustancias.

CIE-10-MC				
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Otro alucinógeno	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (u otro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” para diagnósticos asociados a la clase de sustancias):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los síntomas del estado de ánimo bipolar. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código “otra sustancia”, y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de esa sustancia, se utilizará la categoría “sustancia desconocida”.

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). A diferencia de los procedimientos de registro del CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en el CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de síntomas irritables que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es 292.84 trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por cocaína con inicio durante la intoxicación. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.20 trastorno grave por consumo de cocaína. Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel importante en el desarrollo de síntomas del estado de ánimo bipolar, se hará constar cada una de ellas por separado (p. ej., 292.84 trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; 292.84

trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por dexametasona, con inicio durante la intoxicación).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los síntomas del estado de ánimo bipolar. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código “otra sustancia”; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de la sustancia, se utilizará la categoría “sustancia desconocida”.

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) y a continuación la palabra “con,” seguida del nombre del trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de los síntomas irritables que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.24 trastorno grave inducido por consumo de cocaína con trastorno bipolar y trastorno relacionado inducidos por cocaína, con inicio durante la intoxicación. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de cocaína. Si el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias se producen sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F15.94 trastorno bipolar y trastornos relacionados inducido por anfetamina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel importante en el desarrollo de síntomas del estado de ánimo bipolar, se hará constar cada una de ellas por separado (p. ej., F15.24 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; F19.94 trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por dexametasona, con inicio durante la intoxicación).

Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica

- A. Un período importante y persistente de estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal de la actividad o la energía que predomina en el cuadro clínico.
- B. Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, o necesita hospitalización para evitar que el individuo se lesione a sí mismo o a otros, o existen características psicóticas.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno bipolar y trastornos relacionados debidos a otra afección médica es **293.83**, que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10-MC depende del especificador (véase más adelante).

Especificar si:

(F06.33) Con características maníacas: No se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco.

(F06.33) Con episodio de tipo maníaco o hipomaníaco: Se cumplen todos los criterios excepto el Criterio D para un episodio maníaco o excepto el Criterio F para un episodio hipomaníaco.

(F06.34) Con características mixtas: También existen síntomas de depresión pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.83 [F06.33] trastorno bipolar debido a hipertiroidismo, con características maníacas). La otra afección médica también se codificará y se hará constar por separado inmediatamente antes del trastorno bipolar y relacionados debidos a la afección médica (p. ej., 242.90 [E05.90] hipertiroidismo; 293.83 [F06.33] trastorno bipolar debido a hipertiroidismo, con características maníacas).

Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado

296.89 (F31.89)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno bipolar y trastorno relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno bipolar y trastorno relacionado. La categoría de otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno bipolar y relacionado específico. Esto se hace registrando “otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado” y a continuación el motivo específico (p. ej., “ciclotimia de corta duración”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. **Episodios hipomaniacos de corta duración (2–3 días) y episodios de depresión mayor:** Un antecedente a lo largo de toda la vida de uno o más episodios de depresión mayor en individuos en los que la presentación nunca cumplió todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco pero que han experimentado dos o más episodios de hipomanía de corta duración que cumplen todos los criterios sintomáticos para un episodio hipomaníaco pero que sólo duran 2-3 días. Los episodios de síntomas hipomaniacos no se superponen temporalmente a los episodios de depresión mayor, por lo que la alteración no cumple los criterios para un episodio de depresión mayor, con características mixtas.
2. **Episodios hipomaniacos con síntomas insuficientes y episodios de depresión mayor:** Un antecedente a lo largo de toda la vida de uno o más episodios de depresión mayor en individuos cuya presentación nunca cumplió todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco pero que han experimentado uno o más episodios de hipomanía que no cumple todos los criterios sintomáticos (es decir, al menos cuatro días consecutivos de es-

tado de ánimo elevado y uno o dos de los otros síntomas de un episodio hipomaniaco, o estado de ánimo irritable y dos o tres de los otros síntomas de un episodio hipomaniaco). Los episodios de síntomas hipomaniacos no se superponen temporalmente a los episodios de depresión mayor, por lo que la alteración no cumple los criterios para un episodio de depresión mayor, con características mixtas.

3. **Episodio hipomaniaco sin episodio previo de depresión mayor:** Uno o más episodios hipomaniacos en un individuo cuya presentación nunca cumplió todos los criterios para un episodio de depresión mayor o un episodio maniaco. Si esto se produce en un individuo con un diagnóstico establecido de trastorno depresivo persistente (distimia), los dos diagnósticos se pueden aplicar de forma concurrente durante los períodos en que se cumplen todos los criterios para un episodio hipomaniaco.
 4. **Ciclotimia de corta duración (menos de 24 meses):** Episodios múltiples de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaniaco y múltiples episodios de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor que persisten durante un período de menos de 24 meses (menos de 12 meses en niños o adolescentes) en un individuo cuya presentación nunca cumplió todos los criterios para un episodio de depresión mayor, maniaco o hipomaniaco y que no cumple los criterios para ningún trastorno psicótico. Durante el curso del trastorno, los síntomas hipomaniacos o depresivos están presentes durante más días que la ausencia de síntomas, el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos y los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativo.
-

Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado

296.80 (F31.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno bipolar y trastorno relacio-

nado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno bipolar y trastorno relacionado. La categoría del trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno bipolar y relacionados específicos, e incluye presentaciones en las cuales no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Especificadores para trastorno bipolar y trastornos relacionados

Especificar si:

Con ansiedad: La presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días del episodio de manía, hipomanía o depresión actual o más reciente:

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inusualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas con agitación motora.

Nota: Ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de

respuesta al tratamiento. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad.

Con características mixtas: El especificador de características mixtas se puede aplicar al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo actual en el trastorno bipolar I o bipolar II:

Episodio maníaco o hipomaníaco, con características mixtas:

- A. Se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco, y al menos tres de los síntomas siguientes están presentes la mayoría de los días del episodio maníaco o hipomaníaco actual o más reciente:
1. Disforia destacada o estado de ánimo deprimido según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste o vacío) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
 2. Disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades (como se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 3. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 4. Fatiga o pérdida de la energía.
 5. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
 6. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.

- C. En individuos cuyos síntomas cumplen simultáneamente todos los criterios de un episodio de manía y depresión, el diagnóstico será de episodio maníaco, con características mixtas, debido a la alteración notable y la gravedad clínica de manía total.
- D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Episodio depresivo, con características mixtas:

- A. Se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor, y al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaniacos siguientes están presentes la mayoría de los días del episodio depresivo actual o más reciente:
 - 1. Estado de ánimo elevado, expansivo.
 - 2. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 - 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 - 5. Aumento de la energía dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual).
 - 6. Participación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
 - 7. Disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual; en contraste con el insomnio).
- B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.
- C. En individuos cuyos síntomas cumplen simultáneamente todos los criterios de un episodio de manía y depresión, el diagnóstico será de episodio maníaco, con características mixtas.

- D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Las características mixtas asociadas a un episodio de depresión mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno bipolar I o bipolar II. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil apreciar la presencia de este especificador.

Con ciclos rápidos (se puede aplicar al trastorno bipolar I o bipolar II): Presencia de al menos cuatro episodios del estado de ánimo en los 12 meses anteriores que cumplen los criterios para episodio maníaco, hipomaníaco o de depresión mayor.

Nota: Los episodios están separados por remisiones parciales o totales de un mínimo de dos meses o por un cambio a un episodio de la polaridad opuesta (p. ej., episodio de depresión mayor a episodio maníaco).

Nota: La característica esencial de un trastorno bipolar con ciclos rápidos es la aparición de al menos cuatro episodios del estado de ánimo durante los 12 meses anteriores. Estos episodios pueden suceder en cualquier combinación y orden y han de cumplir los criterios de duración y número de síntomas para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco y han de estar separados por un período de remisión total o un cambio a un episodio de la polaridad opuesta. Los episodios maníacos e hipomaníacos se consideran de la misma polaridad. A excepción del hecho de que suceden con más frecuencia, los episodios que siguen un patrón de ciclos rápidos no difieren de los que se producen en un modelo que no sigue ciclos rápidos. Los episodios del estado de ánimo que cuentan para definir un patrón de ciclos rápidos excluyen los episodios causados por una sustancia (p. ej., cocaína, corticoesteroides) u otra afección médica.

Con características melancólicas:

- A. Una de las características siguientes está presente durante el período más grave del episodio actual:
1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.

2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de las características siguientes:

1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.
2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.
3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
4. Notable agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia o pérdida de peso importante.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

Nota: El especificador “con características melancólicas” se aplica si estas características están presentes en la fase más grave del episodio. Ausencia casi completa de la capacidad de placer, no simplemente una disminución. Una norma para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que ni siquiera los acontecimientos muy deseados se asocian a una elevación notable del estado de ánimo. El estado de ánimo no aumenta en absoluto o sólo aumenta parcialmente (p. ej., hasta un 20%–40% de lo normal durante sólo unos minutos seguidos). La “cualidad bien definida” del estado de ánimo característico del especificador “con características melancólicas” se experimenta como cualitativamente diferente del que se produce durante un episodio depresivo no melancólico. Un estado de ánimo deprimido que se describe simplemente como más grave, más prolongado o presente sin ningún motivo no se considera de cualidad bien definida. Casi siempre existen cambios psicomotores y son observables por parte de otras personas.

Las características melancólicas sólo muestran una tendencia ligera a repetirse en los episodios del mismo individuo. Son más frecuentes en los pacientes hospitalizados, en contraposición a los ambulatorios; es menos probable que aparezcan en episodios más leves de depresión mayor que

en episodios más graves; y es más probable que se produzcan en episodios con características psicóticas

Con características atípicas: Este especificador se puede aplicar cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio de depresión mayor actual o más reciente.

- A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales).
- B. Dos (o más) de las características siguientes:
 - 1. Notable aumento de peso o del apetito.
 - 2. Hipersomnia.
 - 3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas).
 - 4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no limitado a los episodios de alteración del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral importantes.
- C. No se cumplen los criterios para “con características melancólicas” o “con catatonía” durante el mismo episodio.

Nota: “Depresión atípica” tiene un significado histórico (es decir, atípica en contraposición con las presentaciones más clásicas de depresión agitada, “endógena” que eran la norma cuando la depresión se diagnosticaba raramente en pacientes ambulatorios y casi nunca en adolescentes o adultos jóvenes) y actualmente no connota una presentación clínica inhabitual o inusual como el término podría implicar.

Reactividad del estado de ánimo es la capacidad de animarse cuando se presentan acontecimientos positivos (p. ej., una visita de los hijos, alabanzas por parte de otras personas). El estado de ánimo se puede volver eutímico (no triste) incluso durante períodos prolongados si las circunstancias externas se mantienen favorables. El aumento del apetito se puede manifestar por un aumento claro de la ingestión de alimentos o por un aumento de peso. La hipersomnia puede incluir un período prolongado de sueño nocturno o siestas diurnas que totalizan un mínimo de 10 horas de sueño diarias (o al menos dos horas más que cuando el individuo no está deprimido). La parálisis

plúmbea se define como una sensación de pesadez plúmbea o de lastre, generalmente en los brazos o las piernas. Esta sensación está presente por lo general durante al menos una hora diaria pero con frecuencia dura muchas horas seguidas. A diferencia de las demás características atípicas, la sensibilidad patológica de rechazo interpersonal percibido es un rasgo que tiene un inicio temprano y que persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad de rechazo se produce tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, aunque se puede exacerbar durante los períodos depresivos.

Con características psicóticas: Los delirios o alucinaciones están presentes en cualquier momento de este episodio. Si existen características psicóticas, especificar si son congruentes o no con el estado de ánimo:

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: Durante los episodios maníacos, el contenido de todos los delirios y alucinaciones concuerda con los temas maníacos típicos de grandeza, invulnerabilidad, etc., pero también pueden incluir temas de sospecha o paranoia, especialmente respecto a las dudas de otros acerca de las capacidades, los logros, etc. del individuo.

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios y las alucinaciones no concuerda con los temas de polaridad del episodio, como se ha descrito antes, o el contenido es una mezcla de temas incongruentes y congruentes con el estado de ánimo.

Con catatonía: Este especificador se puede aplicar a un episodio de manía o depresión si existen características catatónicas durante la mayor parte del episodio. Véanse los criterios para la catatonía asociada a un trastorno mental en el capítulo “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.”

Con inicio en el periparto: Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio del estado de ánimo, al episodio más reciente de manía, hipomanía o depresión mayor en el trastorno bipolar I o bipolar II si el inicio de los síntomas del estado de

ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

Nota: Los episodios del estado de ánimo se pueden iniciar durante el embarazo o en el posparto. Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3% y un 6% de las mujeres experimentarán el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50% de los episodios de depresión mayor “posparto” comienzan realmente antes del parto. Así pues, estos episodios se denominan colectivamente episodios del *periparto*. Las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto.

Los episodios del estado de ánimo que se inician en el periparto pueden presentar o no características psicóticas. El infanticidio se asocia la mayoría de las veces a episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo posparto sin estas ideas delirantes o alucinaciones específicas.

Los episodios del estado de ánimo (de depresión mayor o maníacos) en el posparto con características psicóticas se producen en un número de partos que oscila entre 1 de cada 500 y 1 de cada 1.000 y pueden ser más frecuentes en primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente mayor en mujeres con episodios del estado de ánimo posparto anteriores pero también es elevado en pacientes con antecedentes de un trastorno depresivo o bipolar (en especial trastorno bipolar I) y en las que tienen antecedentes familiares de trastornos bipolares.

Cuando una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia con cada

parto posterior es de entre el 30% y el 50%. Los episodios posparto se han de diferenciar del síndrome confusional que sucede en el período posparto, que se distingue por un grado de conciencia o atención fluctuante. El período posparto es excepcional en cuanto al grado de alteraciones neuroendocrinas y de ajustes psicosociales, el posible impacto de la lactancia materna en el plan de tratamiento y las implicaciones a largo plazo de una historia de trastorno del estado de ánimo posparto en la planificación familiar posterior.

Con patrón estacional: Este especificador se aplica al patrón de episodios del estado de ánimo a lo largo de toda la vida. La característica esencial es un patrón estacional regular de al menos un tipo de episodio (es decir, manía, hipomanía o depresión). Los otros tipos de episodios pueden no seguir este patrón. Por ejemplo, un individuo puede tener manías estacionales, pero sus depresiones no se producen en general en un momento del año específico.

- A. En el trastorno bipolar I o bipolar II, ha habido una relación temporal regular entre el inicio de los episodios maníacos, hipomaniacos o de depresión mayor y un momento del año particular (p. ej., en otoño o invierno).

Nota: No incluir casos en los que existe un efecto claro de factores de estrés psicosocial relacionados con las estaciones (p. ej., desempleo regularmente cada invierno).

- B. Las remisiones totales (o una evolución de depresión mayor a manía o hipomanía o viceversa) también se producen en un momento del año característico (p. ej., la depresión desaparece en primavera).
- C. En los últimos dos años, los episodios maníacos, hipomaniacos o de depresión mayor del individuo han mostrado una relación temporal estacional, como se ha definido antes, y durante este período de dos años se han producido episodios no estacionales de esa polaridad.
- D. Las manías, hipomanías o depresiones estacionales (como se ha descrito antes) superan notablemente las manías, hipomanías o depresiones no estacionales que se pueden haber producido a lo largo de la vida del individuo.

Nota: Este especificador se puede aplicar al patrón de episodios de depresión mayor en el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II o el trastorno de depresión mayor, recurrentes. La característica esencial es la aparición y remisión de episodios de depresión mayor en momentos del año característicos. En la mayoría de los casos, los episodios comienzan en otoño o invierno y remiten en primavera. Con menos frecuencia, pueden registrarse episodios depresivos recurrentes en verano. Este patrón de aparición y remisión de los episodios tiene que haber sucedido durante un período de al menos dos años, sin episodios no estacionales durante este período. Además, los episodios depresivos estacionales han de superar notablemente a los episodios depresivos no estacionales a lo largo de toda la vida del individuo.

Este especificador no se aplica a las situaciones en que el patrón se explica mejor por factores de estrés psicosocial estacionales (p. ej., desempleo estacional o calendario escolar). Los episodios de depresión mayor que se producen según un patrón estacional con frecuencia se caracterizan por una importante presencia de energía, hipersomnia, sobrealimentación, aumento de peso y anhelo de carbohidratos. No está claro si el patrón estacional es más probable en el trastorno de depresión mayor recurrente o en los trastornos bipolares. Sin embargo, en el grupo de los trastornos bipolares, el patrón estacional parece más probable en el trastorno bipolar II que en el trastorno bipolar I. En algunos individuos, el inicio de los episodios maníacos o hipomaníacos también se puede asociar a una estación en particular.

La prevalencia de patrón estacional de invierno varía aparentemente con la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta con la latitud. La edad también es un factor de predicción importante de la estacionalidad, ya que las personas más jóvenes tienen mayor riesgo de presentar episodios depresivos en invierno.

Especificar si:

En remisión parcial: Los síntomas del episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un epi-

sodio de este tipo, existe un período que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio maníaco, hipomaníaco o de depresión mayor.

En remisión total: Durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de los síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos están presentes, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave.”

Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Trastornos depresivos

Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo

296.99 (F34.8)

- A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).
- E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.
- F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

- J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maniaco o hipomaniaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

- K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.
-

Trastorno de depresión mayor

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve llo-

roso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular

un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.¹

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

¹Para distinguir la culpabilidad de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en la culpabilidad el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM, es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en la culpabilidad probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas de culpa. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor de la culpabilidad puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados a la culpabilidad generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocritica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En la culpabilidad, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. Si en la culpabilidad existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en “reunirse” con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

Procedimientos de codificación y registro

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los códigos son los siguientes:

Especificador de gravedadcurso	Episodio único	Episodio recurrente*
Leve (pág. 126)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado (pág. 127)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (pág. 127)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con características psicóticas** (pág. 123)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial (pág. 126)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total (pág. 126)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

*Para un episodio que se considera recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor. Las definiciones de los especificadores se encuentran en las páginas indicadas.

**Si existen características psicóticas, codificar el especificador "con características psicóticas" independientemente de la gravedad del episodio.

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código que sean aplicables al episodio actual.

Especificar:

Con ansiedad (págs. 119)

Con características mixtas (págs. 120)

Con características melancólicas (págs. 121–122)

Con características atípicas (págs. 122–123)

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 123)

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo (pág. 123)

Con catatonía (pág. 123). **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).

Con inicio en el parto (págs. 123–125)

Con patrón estacional (solo episodio recurrente) (págs. 125–126)

Trastorno depresivo persistente (distimia)

300.4 (F34.1)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los sínto-

mas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaniáco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:

Con ansiedad (págs. 119)

Con características mixtas (págs. 120)

Con características melancólicas (págs. 121–122)

Con características atípicas (págs. 122–123)

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 123)

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo (pág. 123)

Con inicio en el periparto (págs. 123–125)

Especificar si:

En remisión parcial (pág. 126)

En remisión total (pág. 126)

Especificar si:

Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):

Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual:

Leve (pág. 126–127)

Moderado (pág. 127)

Grave (pág. 127)

Trastorno disfórico premenstrual

625.4 (N94.3)

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a *mejorar* unos días después del

inicio de la menstruación y hacerse *mínimos* o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de *cinco* síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia)

o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

- F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (**Nota:** El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)
- G. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

Procedimientos de registro

Si los síntomas no se han confirmado mediante evaluaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos, se debería indicar “provisional” después del nombre del diagnóstico (es decir, “trastorno disfórico premenstrual, provisional”).

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o exis-

ten otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos depresivos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por sustancias, el carácter en 4^a posición es “1,” y el clínico registrará “trastorno leve por consumo de [sustancia]” antes de trastorno depresivo inducido por sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno depresivo inducido por cocaína”). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por una sustancia, el carácter en 4^a posición es “2,” y el clínico hará constar “trastorno moderado por consumo de [sustancia]” o “trastorno grave por consumo de [sustancia]” según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de esa sustancia. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), el carácter en 4^a posición es “9,” y el clínico sólo hará constar el trastorno depresivo inducido por sustancias.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Otro alucinógeno	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Inhalante	292.84	F18.14	F18.24	F18.94
Opiáceo	292.84	F11.14	F11.24	F11.94
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (u otro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” para los diagnósticos asociados a la clase de sustancias):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los síntomas depresivos. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código “otra sustancia”; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría “sustancia desconocida”.

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). A diferencia de los procedimientos de registro del CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en el CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de una sustancia. Por ejemplo, en el caso de síntomas depresivos durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es 292.84 trastorno depresivo inducido por cocaína, con inicio durante la abstinencia. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.20 trastorno grave por consumo de cocaína. Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel importante en el desarrollo de síntomas depresivos, se hará constar cada una de ellas por separado (p. ej., 292.84 trastorno depresivo inducido por metilfenidato, con inicio durante la abstinencia; 292.84 trastorno depresivo inducido por dexametasona, con inicio durante la intoxicación).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los síntomas depresivos. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código “otra sustancia”; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etio-

lógico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría “sustancia desconocida”.

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de una sustancia (si existe) y a continuación la palabra “con,” seguida del nombre del trastorno depresivo inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de síntomas depresivos durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.24 trastorno depresivo grave por consumo de cocaína, con trastorno depresivo inducido por cocaína, con inicio durante la abstinencia. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de cocaína. Si el trastorno depresivo inducido por sustancia se produce sin un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de una sustancia (p. ej., F16.94 trastorno depresivo inducido por fenciclidina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel importante en el desarrollo de síntomas del estado de ánimo depresivo, se hará constar cada una de ellas por separado (p. ej., F15.24 trastorno grave por consumo de metilfenidato, con trastorno depresivo inducido por metilfenidato, con inicio durante la abstinencia; F19.94 trastorno depresivo inducido por dexametasona, con inicio durante la intoxicación).

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

- A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno depresivo debido a otra afección médica es **293.83**, que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10-MC depende del especificador (véase más adelante).

Especificar si:

(F06.31) Con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

(F06.32) Con episodio del tipo de depresión mayor: Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.

(F06.34) Con características mixtas: También existen síntomas de manía o hipomanía pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas). La otra afección médica también se codificará y enumerará por separado inmediatamente antes del trastorno depresivo debido a la afección médica (p. ej., 244.9 [E03.9] hipotiroidismo; 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas).

Otro trastorno depresivo especificado

311 (F32.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por co-

municar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno depresivo especificado” y a continuación el motivo específico (p. ej., “episodio depresivo de corta duración”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. **Depresión breve recurrente:** Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.
2. **Episodio depresivo de corta duración (4–13 días):** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
3. **Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

Otro trastorno depresivo no especificado

311 (F32.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan ma-

lestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Especificadores para trastornos depresivos

Especificar si:

Con ansiedad: La ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Nota: Ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad.

Con características mixtas:

- A. Al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor:
 - 1. Estado de ánimo elevado, expansivo.
 - 2. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 - 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 - 5. Aumento de la energía dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual).
 - 6. Implicación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
 - 7. Disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual; contrastar con el insomnio).
- B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.
- C. En individuos cuyos síntomas cumplen todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico será trastorno bipolar I o bipolar II.
- D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Las características mixtas asociadas a un episodio de depresión mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno bipolar I o bipolar II. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil apreciar la presencia de este especificador.

Con características melancólicas:

- A. Una de las características siguientes está presente durante el período más grave del episodio actual:
 - 1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.
 - 2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).
- B. Tres (o más) de las características siguientes:
 - 1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.
 - 2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.
 - 3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
 - 4. Notable agitación o retraso psicomotor.
 - 5. Anorexia o pérdida de peso importante.
 - 6. Culpa excesiva o inapropiada.

Nota: El especificador “con características melancólicas” se aplica si estas características están presentes en la fase más grave del episodio. Ausencia casi completa de la capacidad de placer, no simplemente una disminución. Una norma para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que ni siquiera los acontecimientos muy deseados se asocian a una elevación notable del estado de ánimo. El estado de ánimo no aumenta en absoluto o sólo aumenta parcialmente (p. ej., hasta un 20%–40% de lo normal sólo durante unos minutos seguidos). La “cualidad bien definida” del estado de ánimo característico del especificador “con características melancólicas” se experimenta como cualitativamente diferente del que se produce durante un episodio depresivo no melancólico. Un estado de ánimo deprimido que se describe simplemente como más grave, más prolongado o presente sin ningún motivo no se considera de cualidad bien definida. Casi siempre existen cambios psicómotos y son observables por parte de otras personas.

Las características melancólicas sólo muestran una tendencia ligera a repetirse en los episodios del mismo individuo. Son más

frecuentes en los pacientes hospitalizados, en contraposición a los ambulatorios; es menos probable que aparezcan en episodios más leves de depresión mayor que en episodios más graves; y es más probable que se produzcan en episodios con características psicóticas.

Con características atípicas: Este especificador se puede aplicar cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio de depresión mayor actual o más reciente o trastorno depresivo persistente.

- A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales).
- B. Dos (o más) de las características siguientes:
 - 1. Notable aumento de peso o del apetito.
 - 2. Hipersomnia.
 - 3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas).
 - 4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no limitado a los episodios de alteración del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral importante.
- C. No se cumplen los criterios para “con características melancólicas” o “con catatonía” durante el mismo episodio.

Nota: “Depresión atípica” tiene un significado histórico (es decir, atípica en contraposición con las presentaciones más clásicas de depresión agitada, “endógena”, que eran la norma cuando la depresión se diagnosticaba raramente en pacientes ambulatorios y casi nunca en adolescentes o adultos jóvenes) y actualmente no connota una presentación clínica inhabitual o inusual como el término podría implicar.

Reactividad del estado de ánimo es la capacidad de animarse cuando se presentan acontecimientos positivos (p. ej., una visita de los hijos, alabanzas por parte de otras personas). El estado de ánimo se puede volver eufórico (no triste) incluso durante períodos prolongados si las circunstancias externas se mantienen favorables. El aumento del apetito se puede manifestar por un aumento claro de la ingestión de alimentos o por un aumento de

peso. La hipersomnia puede incluir un período prolongado de sueño nocturno o siestas diurnas que totalizan un mínimo de 10 horas de sueño diarias (o al menos dos horas más que cuando el individuo no está deprimido). La parálisis plúmbea se define como una sensación de pesadez plúmbea o de lastre, generalmente en los brazos o las piernas. Esta sensación está presente por lo general durante al menos una hora diaria pero con frecuencia dura muchas horas seguidas. A diferencia de las demás características atípicas, la sensibilidad patológica de rechazo interpersonal percibido es un rasgo que tiene un inicio temprano y que persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad de rechazo se produce tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, aunque se puede exacerbar durante los períodos depresivos.

Con características psicóticas: Presencia de delirios y/o alucinaciones.

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: El contenido de todos los delirios y alucinaciones está en consonancia con los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones no implica los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo.

Con catatonia: El especificador de catatonia se puede aplicar a un episodio de depresión si existen características catatónicas durante la mayor parte del episodio. Véanse los criterios para catatonia asociada a un trastorno mental en el capítulo “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.”

Con inicio en el periparto: Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión mayor más reciente si el inicio de los síntomas del

estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

Nota: Los episodios del estado de ánimo se pueden iniciar durante el embarazo o en el posparto. Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3% y un 6% de las mujeres experimentarán el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50% de los episodios de depresión mayor “posparto” comienzan realmente antes del parto. Así pues, estos episodios se denominan colectivamente episodios del *periparto*. Las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto.

Los episodios del estado de ánimo que se inician en el periparto pueden presentar o no características psicóticas. El infanticidio se asocia la mayoría de las veces a episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo posparto sin estos delirios o alucinaciones específicas.

Los episodios del estado de ánimo (de depresión mayor o maníacos) en el posparto con características psicóticas se producen en un número de partos que oscila entre 1 de cada 500 y 1 de cada 1.000 partos y pueden ser más frecuentes en primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente mayor en mujeres con episodios del estado de ánimo posparto anteriores pero también es elevado en pacientes con antecedentes de un trastorno depresivo o bipolar (en especial el trastorno bipolar I) y en las que tienen antecedentes familiares de trastornos bipolares.

Cuando una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia con cada parto posterior es del 30% al 50%. Los episodios posparto se

han de diferenciar del síndrome confusional que sucede en el período posparto, que se distingue por un grado de conciencia o atención fluctuante. El período posparto es excepcional en cuanto al grado de alteraciones neuroendocrinas y de ajustes psicosociales, el posible impacto de la lactancia materna en el plan de tratamiento y las implicaciones a largo plazo de una historia de trastorno del estado de ánimo posparto en la planificación familiar posterior.

Con patrón estacional: Este especificador se aplica al trastorno de depresión mayor recurrente.

- A. Ha habido una relación temporal regular entre el inicio de los episodios de depresión mayor en el trastorno de depresión mayor y un momento del año particular (p. ej., en otoño o invierno).

Nota: No incluir casos en los que existe un efecto claro de factores de estrés psicosocial relacionados con las estaciones (p. ej., desempleo regularmente cada invierno).

- B. Las remisiones totales (o un cambio de depresión mayor a manía o hipomanía) también se producen en un momento del año característico (p. ej., la depresión desaparece en primavera).
- C. En los últimos dos años, se han producido dos episodios de depresión mayor que demuestran la relación estacional definida más arriba y episodios de depresión mayor no estacional durante el mismo período.
- D. El número de episodios de depresión mayor estacionales (como se han descrito más arriba) supera notablemente el de episodios de depresión mayor no estacionales que pueden haber sucedido a lo largo de la vida del individuo.

Nota: El especificador “con patrón estacional” se puede aplicar al patrón de episodios de depresión mayor en el trastorno de depresión mayor, recurrente. La característica esencial es la aparición y remisión de episodios de depresión mayor en momentos del año característicos. En la mayoría de los casos, los episodios comienzan en otoño o invierno y remiten en primavera. Con menos frecuencia, pueden registrarse episodios depresivos recurrentes en verano. Este patrón de aparición y remisión de los episodios tiene

que haber sucedido durante un período de al menos dos años, sin episodios no estacionales durante este período. Además, los episodios depresivos estacionales han de superar notablemente a los episodios depresivos no estacionales a lo largo de toda la vida del individuo.

Este especificador no se aplica a las situaciones en que el patrón se explica mejor por factores de estrés psicosocial estacionales (p. ej., desempleo estacional o calendario escolar). Los episodios de depresión mayor que se producen según un patrón estacional con frecuencia se caracterizan por una importante presencia de energía, hipersomnia, sobrealimentación, aumento de peso y anhelo de carbohidratos. No está claro si el patrón estacional es más probable en el trastorno de depresión mayor recurrente o en los trastornos bipolares. Sin embargo, en el grupo de los trastornos bipolares, el patrón estacional parece más probable en el trastorno bipolar II que en el trastorno bipolar I. En algunos individuos, el inicio de los episodios maníacos o hipomaníacos también se puede asociar a una estación en particular.

La prevalencia del patrón estacional de invierno varía aparentemente con la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta con la latitud. La edad también es un factor de predicción importante de la estacionalidad, ya que las personas más jóvenes tienen mayor riesgo de presentar episodios depresivos en invierno.

Especificar si:

En remisión parcial: Los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un período que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor.

En remisión total: Durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas

causa malestar pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave.”

Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Trastornos de ansiedad

Trastorno de ansiedad por separación

309.21 (F93.0)

- A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:
1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.
- B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Mutismo selectivo

313.23 (F94.0)

- A. Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D. El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Fobia específica

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si:

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

300.29 (F40.218) Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)

300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)

300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)

Nota de codificación: Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue: **F40.230** miedo a la sangre; **F40.231** miedo a las inyecciones y transfusiones; **F40.232** miedo a otra atención médica; o **F40.233** miedo a una lesión.

300.29 (F40.248) Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)

300.29 (F40.298) Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados).

Nota de codificación. Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se debe hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables (p. ej., miedo a las arañas y a viajar en avión, F40.218 fobia específica, animal y F40.248 fobia específica, situacional)

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

300.23 (F40.10)

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Trastorno de pánico

300.01 (F41.0)

- A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:
Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.
 - 1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
 - 2. Sudoración.
 - 3. Temblor o sacudidas.
 - 4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
 - 5. Sensación de ahogo.
 - 6. Dolor o molestias en el tórax.
 - 7. Náuseas o malestar abdominal.

8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

- B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:
 1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Especificador del ataque de pánico

Nota: Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador.

La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

Agorafobia

300.22 (F40.00)

- A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:
1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
 3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
 5. Estar fuera de casa solo.
- B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).
- C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal infla-

matoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

Trastorno de ansiedad generalizada

300.02 (F41.1)

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.

- 5. Tensión muscular.
- 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos de ansiedad inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter en 4^a posición es “1,” y el médico registrará “trastorno leve por consumo de [sustancia]” antes de trastorno de ansiedad inducido por sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno de ansiedad inducido por cocaína”). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter en 4^a posición es “2,” y el médico hará constar “trastorno moderado por consumo de [sustancia]” o “trastorno grave por consumo de [sustancia]” según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), el carácter en 4^a posición es “9,” y el médico sólo hará constar el trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.89	F10.180	F10.280	F10.980
Cafeína	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cannabis	292.89	F12.180	F12.280	F12.980
Fenciclidina	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Otro alucinógeno	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Inhalante	292.89	F18.180	F18.280	F18.980
Opiáceo	292.89	F11.188	F11.288	F11.988
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.89	F13.180	F13.280	F13.980
Anfetamina (u otro estimulante)	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaína	292.89	F14.180	F14.280	F14.980
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.89	F19.180	F19.280	F19.980

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” para los diagnósticos asociados a la clase de sustancias):

Con inicio durante la intoxicación: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.

Con inicio después del consumo de medicamentos: Los síntomas puede aparecer al iniciar la medicación o después de una modificación o cambio en el consumo.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, salbutamol) que se supone que es la causante de los síntomas de ansiedad. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., salbutamol), se utilizará el código “otra sustancia”; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría “sustancia desconocida”.

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio durante el consumo del medicamento). A diferencia de los procedimientos de registro del CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en el CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de síntomas de ansiedad durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es 292.89 trastorno de ansiedad por consumo de lorazepam, con inicio durante la abstinencia. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.10 trastorno grave por consumo de lorazepam. Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel significativo en el desarrollo de síntomas de ansiedad, cada una de ellas se hará constar por separado (p. ej., 292.89 trastorno de ansiedad inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; 292.89 trastorno de ansiedad inducido por salbutamol, con inicio después del consumo del medicamento).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, salbutamol) que se supone que es la causante de los síntomas de ansiedad. El código diagnóstico se selecciona de la tabla in-

cluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., salbutamol), se utilizará el código “otra sustancia”, y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría “sustancia desconocida”.

Para registrar el nombre del trastorno, el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) se enumera en primer lugar, y a continuación la palabra “con,” seguida del nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio durante el consumo del medicamento). Por ejemplo, en el caso de síntomas de ansiedad durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es F13.280 trastorno grave por consumo de lorazepam con trastorno de ansiedad inducido por lorazepam, con inicio durante la abstinencia. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de lorazepam. Si el trastorno de ansiedad inducido por sustancias se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F16.980 trastorno de ansiedad inducido por psilocibina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel significativo en el desarrollo de síntomas de ansiedad, cada una de ellas se hará constar por separado (p.ej., F15.280 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno de ansiedad inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; F19.980 trastorno de ansiedad inducido por salbutamol, con inicio después del consumo del medicamento).

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

293.84 (F06.4)

-
- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma). La otra afección médica se codificará y anotará por separado inmediatamente antes del trastorno de ansiedad debido a la afección médica (p. ej., 227.0 [D35.00] feocromocitoma; 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma).

Otro trastorno de ansiedad especificado

300.09 (F41.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de ansiedad especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. **Ataques sintomáticos limitados**
2. **Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que los que no está presente**

3. ***Khyâl cap (ataque del viento)***: Véase “Glosario de conceptos culturales de la ansiedad” en el Apéndice del DSM-5.
4. ***Ataque de nervios***: Véase “Glosario de conceptos culturales de la ansiedad” en el Apéndice del DSM-5.

Otro trastorno de ansiedad no especificado

300.00 (F41.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

Trastorno obsesivo-compulsivo

300.3 (F42)

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente

significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.
- D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoiación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

Trastorno dismórfico corporal

300.7 (F45.22)

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

Especificar si:

Con dismorfia muscular: Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.

Especificar si:

Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., “Estoy feo/a” o “Estoy deforme”).

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.

Trastorno de acumulación

300.3 (F42)

- A. Dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real.
- B. Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar las cosas y al malestar que se siente cuando uno se deshace de ellas.
- C. La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas, sólo es debido a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, personal de limpieza, autoridades).
- D. La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y para los demás).
- E. La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., lesión cerebral, enfermedad cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).
- F. La acumulación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, disminución de la energía en el trastorno de depresión mayor, delirios en la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, déficit cognitivo en el trastorno neurocognitivo mayor, disminución del interés en los trastornos del espectro del autismo).

Especificar si:

Con adquisición excesiva: Si la dificultad de deshacerse de las posesiones se acompaña de la adquisición excesiva de cosas que no se necesitan o para las que no se dispone de espacio.

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación (relacionados con la dificultad de deshacerse de las cosas, el abarrotamiento o la adquisición excesiva) son problemáticos.

Con poca introspección: El sujeto está convencido en su mayor parte de que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación (relacionados con la dificultad de deshacerse de las cosas, el abarrotamiento o la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está totalmente convencido de que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación (relacionados con la dificultad de deshacerse de las cosas, el abarrotamiento o la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.

Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)

312.39 (F63.3)

- A. Arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida.
- B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo.
- C. Arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., una afección dermatológica).
- E. El hecho de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto como en el trastorno dismórfico corporal).

Trastorno de excoriación (rascarse la piel)

698.4 (L98.1)

- A. Dañarse la piel de forma recurrente produce lesiones cutáneas.
- B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.
- C. Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o dete-

rioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- D. El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).
 - E. El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).
-

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos

- A. Las obsesiones, compulsiones, rascarse la piel, arrancarse el pelo, otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo u otros síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado que no es inducido por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese

de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras evidencias que sugieren la existencia de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico además de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para justificar atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados inducidos por [una sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por consumo de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias, el carácter en 4^a posición es “1” y el médico hará constar “trastorno leve por consumo de [sustancia]” antes del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por cocaína”). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias, el carácter en 4^a posición es “2” y el médico hará constar “trastorno moderado por consumo de [sustancia]” o “trastorno grave por consumo de [sustancia]” según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), el carácter en 4^a posición es “9” y el médico sólo hará constar el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias.

		CIE-10-MC		
		Con tras- torno por consumo, leve	Con tras- torno por consumo, moderado o grave	Sin tras- torno por consumo
CIE-9-MC				
Anfetamina (u otro estimulante)	292.89	F15.188	F15.288	F15.988
Cocaína	292.89	F14.188	F14.288	F14.988
Otra sustancia (o sustancia des- conocida)	292.89	F19.188	F19.288	F19.988

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos relacionados con sustancias y adictivos” para diagnósticos asociados a la clase de sustancias):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la abstinencia.

Con inicio después del consumo de medicamentos: Los síntomas pueden aparecer al empezar la medicación o después de una modificación o cambio en el consumo.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., cocaína) que se supone que es la causante de los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases, se utilizará el código “otra sustan-

cia" y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio después del consumo del medicamento). A diferencia de los procedimientos de registro del CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en el CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de comportamientos repetitivos que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es 292.89 trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por cocaína, con inicio durante la intoxicación. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.20 trastorno grave por consumo de cocaína. Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados, cada una de ellas se enumerará por separado.

CIE-10-MC. El nombre del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., cocaína) que se supone que es la causante de los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases, se utilizará el código "otra sustancia" sin consumo concurrente de sustancias; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida" sin consumo concurrente de sustancias.

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) y a continuación la palabra "con," seguida del nombre del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio después del consumo del medicamento). Por ejemplo, en el caso de los comportamientos repetitivos

que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.288 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por cocaína, con inicio durante la intoxicación. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de cocaína. Si el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias se producen sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F15.988 trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por anfetamina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel importante en el desarrollo del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados, cada una de ellas se enumerará por separado.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido a otra afección médica

294.8 (F06.8)

- A. Las obsesiones, compulsiones, preocupaciones por el aspecto, acumulación, rascarse la piel, arrancarse el pelo, otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo u otros síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con síntomas del tipo trastorno obsesivo-compulsivo: Si los síntomas del tipo del trastorno obsesivo-compulsivo predominan en el cuadro clínico.

Con preocupación por el aspecto: Si la preocupación por defectos o imperfecciones percibidos predomina en el cuadro clínico.

Con síntomas de acumulación: Si la acumulación predomina en el cuadro clínico.

Con síntomas de arrancarse el pelo: Si el hecho de arrancarse el pelo predomina en el cuadro clínico.

Con síntomas de rascarse la piel: Si el hecho de rascarse la piel predomina en el cuadro clínico.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 294.8 [F06.8] trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a infarto cerebral). La otra afección médica se codificará y se indicará por separado inmediatamente antes del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debidos a la afección médica (p. ej., 438.89 [I69.398] infarto cerebral; 294.8 [F06.8] trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debidos a infarto cerebral).

Otro trastorno compulsivo-obsesivo y trastornos relacionados especificados

300.3 (F42)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. La categoría de otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificados se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados específico. Esto se hace registrando “otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados especificados” y a continuación el motivo específico (p. ej., “trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. **Trastorno del tipo dismórfico corporal con imperfecciones reales:** Es similar al trastorno dismórfico corporal excepto en que los defectos o imperfecciones en el aspecto físico son claramente observables por otras personas (es decir, se aprecian en grado superior a “ligeros”). En estos casos, la preocupación por estas imperfecciones es claramente excesiva y causa problemas o malestar importante.
2. **Trastorno del tipo dismórfico corporal sin comportamientos repetitivos:** Presentaciones que cumplen el trastorno dismórfico corporal excepto en que el sujeto no realiza comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por el aspecto.
3. **Trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo:** Se caracteriza por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo recurrentes (p. ej., morderse las uñas, morderse los labios, morderse la mucosa de las mejillas) e intentos repetidos de disminuir o abandonar estos comportamientos. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y no se explican mejor por la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el trastorno de excoriación (rascarse la piel), el trastorno de movimientos estereotipados o la autolesión no suicida.
4. **Celos obsesivos:** Se caracterizan por la preocupación no delirante acerca de la infidelidad percibida de la pareja. La preocupación puede derivar en comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por la infidelidad; causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento; y no se explican mejor por otro trastorno mental como el trastorno delirante, celotípico o el trastorno de personalidad paranoide.
5. **Shubo-kyofu:** Variante de *taijin kyofusho* (véase el “Glosario de conceptos culturales de malestar” en el Apéndice del DSM-5) que es similar al trastorno dismórfico corporal y se caracteriza por miedo excesivo a tener una deformidad corporal.
6. **Koro:** Relacionado con el síndrome *dhat* (véase el “Glosario de conceptos culturales de malestar” en el Apéndice del DSM-5),

un episodio súbito de ansiedad intensa de que el pene (o la vulva y los pezones en las mujeres) se retraerá en el cuerpo y posiblemente causará la muerte.

7. **Jikoshu-kyofu:** Variante de *taijin kyofusho* (véase el “Glosario de conceptos culturales de malestar” en el Apéndice del DSM-5) que se caracteriza por miedo a tener un olor corporal desagradable (también se denomina *síndrome de referencia olfativo*).
-

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados

300.3 (F42)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. La categoría del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Trastorno de apego reactivo

313.89 (F94.1)

- A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes:
 - 1. El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
 - 2. El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.
- B. Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:
 - 1. Reacción social y emocional mínima a los demás.
 - 2. Afecto positivo limitado.
 - 3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicable que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.
- C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 - 1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
 - 2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
 - 3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p.

ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

- D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).
- E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro del autismo.
- F. El trastorno es evidente antes de los 5 años.
- G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:

Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual:

El trastorno de apego reactivo se especifica como **grave** cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Trastorno de relación social desinhibida

313.89 (F94.2)

- A. Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta dos o más de las características siguientes:
 - 1. Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interactuar con adultos extraños.
 - 2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).
 - 3. Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
 - 4. Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.
- B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención con hiperactivi-

dad) pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.

- C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
 2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
 3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).
- D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).
- E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:

Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual:

El trastorno de relación social desinhibida se especifica como **grave** cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Trastorno de estrés postraumático

309.81 (F43.10)

Trastorno de estrés postraumático.

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más abajo.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años.

A. En niños menores de 6, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).
- C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s):

Evitación persistente de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
 4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
 5. Comportamiento socialmente retraído.
 6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.
- D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del su-

ceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
 2. Hipervigilancia.
 3. Respuesta de sobresalto exagerada.
 4. Problemas con concentración.
 5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- E. La duración de la alteración es superior a un mes.
- F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.
- G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Trastorno de estrés agudo

308.3 (F43.0)

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. **Nota:** En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
- Nota:** Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.
- B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de la cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático:

Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). **Nota:** En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) **Nota:** En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Síntomas disociativos:

6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).
7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Síntomas de alerta

10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 12. Hipervigilancia.
 13. Problemas con la concentración.
 14. Respuesta de sobresalto exagerada.
- C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.
- Nota:** Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.
- D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.
-

Trastornos de adaptación

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.
- B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
 2. Deterioro significativos en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
- D. Los síntomas no representan el duelo normal.
- E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

Especificar si:

309.0 (F43.21) Con estado de ánimo deprimido: Predomina el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza.

309.24 (F43.22) Con ansiedad: Predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.

309.28 (F43.23) Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: Predomina una combinación de depresión y ansiedad.

309.3 (F43.24) Con alteración de la conducta: Predomina la alteración de la conducta.

309.4 (F43.25) Con alteración mixta de las emociones o la conducta: Predominan los síntomas emocionales (p. ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta.

309.9 (F43.20) Sin especificar: Para las reacciones de mala adaptación que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación.

Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado

309.89 (F43.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. La categoría de otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado se utiliza en

situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico. Esto se hace registrando “otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “trastorno de duelo complejo persistente”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. **Trastornos del tipo de adaptación con inicio retardado de los síntomas que se producen más de tres meses después del factor de estrés.**
2. **Trastornos del tipo de adaptación con duración prolongada de más de seis meses sin duración prolongada del factor de estrés.**
3. **Ataque de nervios:** Véase el “Glosario de conceptos culturales de malestar” en el Apéndice del DSM-5.
4. **Otros síndromes culturales** Véase el “Glosario de conceptos culturales de malestar” en el DSM-5.
5. **Trastorno de duelo complejo persistente:** Este trastorno se caracteriza por la pena intensa y persistente y por reacciones de luto (véase el capítulo “Afecciones para continuar el estudio” en la Sección III del DSM-5).

Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado

309.9 (F43.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. La categoría del trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de

incumplimiento de los criterios de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).
