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

Índice

Prefacio	vii
Clasificación del DSM-5	ix

Sección 1

Conceptos básicos del DSM-5

Utilización del manual	3
Declaración cautelar para el empleo forense del DSM-5	13

Sección 2

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 relacionados.....	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 parafilicos	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
Índice alfabético	417

Trastornos disociativos

Trastorno de identidad disociativo

300.14 (F44.81)

- A. Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos, que se puede describir en algunas culturas como una experiencia de posesión. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o comunicados por el individuo.
- B. Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante, y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario.
- C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.

Nota: En los niños, los síntomas no deben confundirse con la presencia de amigos imaginarios u otros juegos de fantasía.

- E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laguna mental o comportamiento caótico durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).
-

Amnesia disociativa

300.12 (F44.0)

- A. Incapacidad de recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es incompatible con el olvido ordinario.

Nota: La amnesia disociativa consiste la mayoría de veces en amnesia localizada o selectiva de un suceso o sucesos específicos; o amnesia generalizada de la identidad y la historia de vida.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., alcohol u otra droga, un medicamento) u otra afección neurológica o médica (p. ej., epilepsia parcial compleja, amnesia general transitoria, secuelas de una contusión craneal/traumatismo cerebral, otra afección neurológica).
- D. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la identidad disociativo, un trastorno de estrés postraumático, un trastorno de estrés agudo, un trastorno de síntomas somáticos o un trastorno neurocognitivo importante o leve.

Nota de codificación: El código de la amnesia disociativa sin fuga disociativa es **300.12 (F44.0)**. El código de la amnesia disociativa con fuga disociativa es **300.13 (F44.1)**.

Especificar si:

300.13 (F44.1) Con fuga disociativa: Deambular aparentemente con un propósito o vagabundeo desorientado que se asocia a amnesia de la identidad o por otra información autobiográfica importante.

Trastorno de despersonalización/desrealización

300.6 (F48.1)

- A. Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas:

1. **Despersonalización:** Experiencias de irrealidad, distanciamiento o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (p. ej., alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del tiempo, irrealidad o ausencia del yo, embotamiento emocional y/o físico).
 2. **Desrealización:** Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno (p. ej., las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados).
- B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas.
- C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia).
- E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés post-traumático u otro trastorno disociativo.
-

Otro trastorno disociativo especificado

300.15 (F44.89)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo 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 disociativos. La categoría de otro trastorno disociativo 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 disociativo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno disociativo especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “trance disociativo”).

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

1. **Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos:** Esta categoría incluye el trastorno de identidad asociado a interrupciones no demasiado intensas del sentido del yo y del sentido de entidad, o alteraciones de la identidad o episodios de posesión en un individuo que refiere amnesia no disociativa.
 2. **Alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa:** Los individuos que han estado sometidos a persuasión coercitiva intensa (p. ej., lavado de cerebro, reforma de las ideas, adoctrinamiento durante el cautiverio, tortura, encarcelamiento político prolongado, reclutamiento por sectas/cultos religiosos o por organizaciones criminales) pueden presentar cambios prolongados de su identidad o duda consciente acerca de su identidad.
 3. **Reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes:** Esta categoría se aplica a afecciones agudas transitorias que duran por lo general menos de un mes y, en ocasiones, solamente unas horas o días. Estas afecciones se caracterizan por la presencia de limitación de la consciencia; despersonalización; desrealización; alteraciones de la percepción (p. ej., lentitud del tiempo, macropsia); microamnesias; estupor transitorio; y/o alteraciones del funcionamiento sensitivo-motor (p. ej., analgesia, parálisis).
 4. **Trance disociativo:** Esta afección se caracteriza por la reducción aguda o la pérdida completa de la consciencia del entorno inmediato que se manifiesta como apatía o insensibilidad intensa a los estímulos del entorno. La apatía puede ir acompañada de comportamientos estereotipados mínimos (p. ej., movimientos de los dedos) de los que el individuo no es consciente y/o que no controla, así como de parálisis transitoria o pérdida de la consciencia. La alteración no es una parte normal de ninguna práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.
-

Trastorno disociativo no especificado

300.15 (F44.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo 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 disociativos. La categoría del trastorno disociativo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno disociativo específico, e incluye presentaciones para las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados

Trastorno de síntomas somáticos

300.82 (F45.1)

- A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
- B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 - 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
 - 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
 - 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.
- C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Especificar si:

Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.

Especificar si:

Persistente: Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.

Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.

Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).

Trastorno de ansiedad por enfermedad

300.7 (F45.21)

- A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.
- B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.
- C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.
- D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).
- E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.
- F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

Especificar si:

Tipo con solicitud de asistencia: Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos.

Tipo con evitación de asistencia: Raramente se utiliza la asistencia médica.

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)

- A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.
- B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.
- C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.
- D. El síntoma 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 de conversión es **300.11**, el cual se asigna con independencia del tipo de síntoma. El código CIE-10-MC depende del tipo de síntoma (véase a continuación).

Especificar el tipo de síntoma:

(F44.4) Con debilidad o parálisis

(F44.4) Con movimiento anómalo (p. ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha)

(F44.4) Con síntomas de la deglución

(F44.4) Con síntoma del habla (p. ej., disfonía, mala articulación)

(F44.5) Con ataques o convulsiones

(F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva

(F44.6) Con síntoma sensitivo especial (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva)

(F44.7) Con síntomas mixtos

Especificar si:

Episodio agudo: Síntomas presentes durante menos de seis meses.

Persistente: Síntomas durante seis meses o más.

Especificar si:

Con factor de estrés psicológico (especificar el factor de estrés)

Sin factor de estrés psicológico

Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas

316 (F54)

- A. Presencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental).
- B. Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a la afección médica de una de las maneras siguientes:
 - 1. Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retraso en la recuperación de la afección médica.
 - 2. Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica (p. ej., poco cumplimiento).
 - 3. Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo.
 - 4. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerban los síntomas, o necesitan asistencia médica.
- C. Los factores psicológicos y conductuales del Criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Aumenta el riesgo médico (p. ej., incoherencia con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo).

Moderado: Empeora la afección médica subyacente (p. ej., ansiedad que agrava el asma).

Grave: Da lugar a hospitalización o visita al servicio de urgencias.

Extremo: Produce un riesgo importante, con amenaza a la vida (p. ej., ignorar síntomas de un ataque cardíaco).

Trastorno facticio

300.19 (F68.10)

Trastorno facticio aplicado a uno mismo .

- A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado.
- B. El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
- C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia.
- D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

*Especificar:***Episodio único****Episodios recurrentes** (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)**Trastorno facticio aplicado a otro**
(Antes: Trastorno facticio del prójimo).

- A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado.
- B. El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
- C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.
- D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Nota: El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima.*Especificar si:***Episodio único****Episodios recurrentes** (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)

Procedimientos de registro

Cuando un individuo falsifica una enfermedad en otro individuo (p. ej., niños, adultos, animales de compañía), el diagnóstico es de trastorno facticio aplicado a otro. El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima. A la víctima se le puede hacer un diagnóstico de maltrato (p. ej., 995.54 [T74.12X]; véase el capítulo “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”).

Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados

300.89 (F45.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos 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 trastorno de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados.

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

1. **Trastorno de síntomas somáticos breve:** la duración de los síntomas es inferior a seis meses.
 2. **Trastorno de ansiedad por enfermedad breve:** la duración de los síntomas es inferior a seis meses.
 3. **Trastorno de ansiedad por enfermedad sin comportamientos excesivos relacionados con la salud:** no se cumple el Criterio D para el trastorno de ansiedad por enfermedad.
 4. **Pseudociesis:** creencia falsa de estar embarazada que se asocia a signos y síntomas de embarazo.
-

Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados

300.82 (F45.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos 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 de los síntomas somáticos y trastornos relacionados. La categoría del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados no se utilizará a menos que se den situaciones claramente inusuales en las que no exista información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Pica

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
- D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para pica es **307.52** y se utiliza en niños o adultos. Los códigos CIE-10-MC para pica son **(F98.3)** en niños y **(F50.8)** en adultos.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Trastorno de rumiación

307.53 (F98.21)

- A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).

- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos

307.59 (F50.8)

- A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
 - 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
 - 2. Deficiencia nutritiva significativa.
 - 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
 - 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay

pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

- D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Anorexia nerviosa

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es **307.1**, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presenta-

ciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Bulimia nerviosa

307.51 (F50.2)

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Trastorno de atracones

307.51 (F50.8)

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia

nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1–3 atracones a la semana.

Moderado: 4–7 atracones a la semana.

Grave: 8–13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado

307.59 (F50.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos 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 alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos 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 para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”).

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

1. **Anorexia nerviosa atípica:** Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
 2. **Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
 3. **Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
 4. **Trastorno por purgas:** Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
 5. **Síndrome de ingestión nocturna de alimentos:** Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.
-

Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

307.50 (F50.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos 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 en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos 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 alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Trastornos de la excreción

Enuresis

307.6 (F98.0)

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, ya sea de manera involuntaria o voluntaria.
- B. El comportamiento es clínicamente significativo cuando se manifiesta con una frecuencia de al menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o un grado de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (p. ej., diabetes, espina bífida, epilepsia).

Especificar si:

Sólo nocturna: Emisión de orina solamente durante el sueño nocturno.

Sólo diurna: Emisión de orina durante las horas de vigilia.

Nocturna y diurna: Una combinación de los dos subtipos anteriores.

Encopresis

307.7 (F98.1)

- A. Excreción repetida de heces en lugares inapropiados (p. ej., en la ropa, en el suelo), ya sea involuntaria o voluntaria.
- B. Al menos uno de estos episodios se produce cada mes durante un mínimo de tres meses.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 4 años (o un grado de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laxantes) u otra afección médica excepto por un mecanismo relacionado con el estreñimiento.

Especificar si:

Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento:

Existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica.

Sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento: No existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica.

Otro trastorno de la excreción especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la excreción 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 excreción. La categoría de otro trastorno de la excreción 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 la excreción específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de la excreción especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "enuresis de baja frecuencia").

Nota de codificación: Código **788.39 (N39.498)** para otro trastorno de la excreción especificado con síntomas urinarios; **787.60 (R15.9)** para otro trastorno de la excreción especificado con síntomas fecales.

Trastorno de la excreción no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la excreción 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 la excreción. La categoría del trastorno de la excreción no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno de la excreción específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Nota de codificación: Código **788.30 (R32)** para un trastorno de la excreción no especificado con síntomas urinarios; **787.60 (R15.9)** para un trastorno de la excreción no especificado con síntomas fecales.

Trastornos del sueño-vigilia

Trastorno de insomnio

307.42 (F51.01)

- A. Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:
 - 1. Dificultad para iniciar el sueño. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.)
 - 2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.)
 - 3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.
- B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.
- D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.
- E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
- F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia).

- G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).
- H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

Especificar si:

Con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño, incluidos los trastornos por consumo de sustancias

Con otra afección médica concurrente

Con otro trastorno del sueño

Nota de codificación: El código 307.42 (F51.01) se aplica a los tres especificadores. Inmediatamente después del código del trastorno de insomnio se codificará también el trastorno mental, afección médica u otro trastorno del sueño asociado pertinente, para indicar la asociación.

Especificar si:

Episódico: Los síntomas duran como mínimo un mes pero menos de tres meses.

Persistente: Los síntomas duran tres meses o más.

Recurrente: Dos (o más) episodios en el plazo de un año.

Nota: El insomnio agudo y de corta duración (es decir, síntomas que duran menos de tres meses pero que, por otro lado, cumplen todos los criterios respecto a la frecuencia, intensidad, malestar y/o alteración) se codificará como otro trastorno de insomnio especificado.

Trastorno de hipersomnia

307.44 (F51.11)

- A. El individuo refiere somnolencia excesiva (hipersomnia) a pesar de haber dormido durante un período principal que dura al menos siete horas, con uno o más de los síntomas siguientes:
 - 1. Períodos recurrentes de sueño o de caerse de sueño en el mismo día.
 - 2. Un episodio principal de sueño prolongado de más de nueve horas diarias que no es reparador (en decir, no descansa).

3. Dificultad para estar totalmente despierto después de un despertar brusco.
- B. La hipersomnia se produce al menos tres veces a la semana durante un mínimo de tres meses.
- C. La hipersomnia se acompaña de malestar significativo o deterioro en lo cognitivo, social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La hipersomnia no se explica mejor por otro trastorno del sueño y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia o una parasomnia).
- E. La hipersomnia no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).
- F. La coexistencia de trastornos mentales y médicos no explica adecuadamente la presencia predominante de hipersomnia.

Especificar si:

Con trastorno mental, incluidos trastornos por consumo de sustancias

Con afección médica

Con otro trastorno del sueño

Nota de codificación: El código 307.44 (F51.11) se aplica a los tres especificadores. Inmediatamente después del código del trastorno de hipersomnia, se codificará también el trastorno mental, afección médica u otro trastorno del sueño asociado pertinente, para indicar la asociación.

Especificar si:

Agudo: Duración inferior a un mes.

Subagudo: Duración de 1–3 meses.

Persistente: Duración superior a tres meses.

Especificar la gravedad actual:

Especificar la gravedad basándose en el grado de dificultad para mantener la alerta durante el día como se pone de manifiesto por la aparición de múltiples accesos de sueño irresistible en un mismo día que se producen, por ejemplo, cuando se está sentado, conduciendo, de visita con amigos o trabajando.

Leve: Dificultad para mantener la alerta durante el día, 1–2 días/semana.

Moderado: Dificultad para mantener la alerta durante el día, 3–4 días/semana.

Grave: Dificultad para mantener la alerta durante el día, 5–7 días/semana.

Narcolepsia

- A. Períodos recurrentes de necesidad irrefrenable de dormir, de abandonarse al sueño o de echar una siesta que se producen en un mismo día. Estos episodios se han de haber producido al menos tres veces por semana durante los últimos tres meses.
- B. Presencia de al menos una de las características siguientes:
 - 1. Episodios de cataplejía, definida por (a) o (b), que se producen como mínimo algunas veces al mes:
 - a. En los individuos con enfermedad de larga duración, episodios breves (segundos o minutos) de pérdida brusca bilateral del tono muscular con conservación de la consciencia que se desencadenan con la risa o las bromas.
 - b. En los niños o en otros individuos en los seis meses posteriores al inicio, episodios espontáneos de muecas o de abrir la boca y sacar la lengua, o hipotonía general sin un desencadenante emocional evidente.
 - 2. Deficiencia de hipocretina, según el valor de inmunorreactividad de hipocretina-1 en el líquido cefalorraquídeo (LCR) (inferior o igual a un tercio del valor en individuos sanos analizados con la misma prueba, o inferior o igual a 110 pg/ml). La concentración baja de hipocretina-1 en el LCR no se ha de observar en el contexto de lesión, inflamación o infección cerebral aguda.
 - 3. Polisomnografía nocturna con latencia del sueño REM (movimientos oculares rápidos) inferior o igual a 15 minutos, o una prueba de latencia múltiple del sueño con un valor medio inferior o igual a 8 minutos y dos o más períodos REM al inicio del sueño.

Especificar si:

347.00 (G47.419) Narcolepsia sin cataplejía pero con deficiencia de hipocretina: Se cumplen los requisitos del Criterio B de concentración baja de hipocretina-1 en el LCR y polisomnografía/prueba de latencia múltiple del sueño positiva, pero no existe cataplejía (no se cumple el Criterio B1).

347.01 (G47.411) Narcolepsia con cataplejía pero sin deficiencia de hipocretina: En este raro subtipo (menos del 5% de los casos de narcolepsia), se cumplen los requisitos del Criterio B de cataplejía y polisomnografía/prueba de latencia múltiple del sueño positiva, pero la concentración de hipocretina-1 en el LCR es normal (no se cumple el Criterio B2).

347.00 (G47.419) Ataxia cerebelosa autosómica dominante, sordera y narcolepsia: Este subtipo está causado por mutaciones del exón 21 del ADN (citocina-5)-metiltransferasa-1 y se caracteriza por la presencia de narcolepsia de inicio tardío (30-40 años de edad) (con concentración baja o intermedia de hipocretina-1 en el LCR), sordera, ataxia cerebelosa y finalmente demencia.

347.00 (G47.419) Narcolepsia autosómica dominante, obesidad y diabetes de tipo 2: En raras ocasiones, se ha descrito narcolepsia, obesidad y diabetes de tipo 2, y concentración baja de hipocretina-1 en el LCR y se asocia a una mutación del gen de la glucoproteína de la mielina de los oligodendrocitos.

347.10 (G47.429) Narcolepsia secundaria a otra afección médica: Este subtipo corresponde a la narcolepsia que se desarrolla de forma secundaria a afecciones médicas que destruyen neuronas secretoras de hipocretina por causa infecciosa (p. ej., enfermedad de Whipple, sarcoidosis), traumática o tumoral.

Nota de codificación (en el CIE-9-MC el código es únicamente 347.10): En primer lugar, se codificará la afección médica subyacente (p. ej., 040.2 enfermedad de Whipple; 347.10 narcolepsia secundaria a la enfermedad de Whipple).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Cataplejía poco frecuente (menos de una a la semana), necesidad de siestas sólo una o dos veces al día, y menos alteración del sueño nocturno.

Moderado: Cataplejía una vez al día o cada pocos días, alteración del sueño nocturno y necesidad de múltiples siestas al día.

Grave: Cataplejía resistente a los fármacos con múltiples accesos diarios, somnolencia casi constante y alteración del sueño nocturno (es decir, movimientos, insomnio y sueños vívidos).

Trastornos del sueño relacionados con la respiración

Apnea e hipopnea obstructiva del sueño

327.23 (G47.33)

A. Puede ser (1) o (2):

1. Signos en la polisomnografía de al menos cinco apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño y uno u otro de los síntomas del sueño siguientes:
 - a. Alteraciones nocturnas de la respiración: ronquidos, resoplidos/jadeo o pausas respiratorias durante el sueño.
 - b. Somnolencia diurna, fatiga o sueño no reparador a pesar de las condiciones suficientes para dormir que no se explica mejor por otro trastorno mental (incluido un trastorno del sueño) y que no se puede atribuir a otra afección médica.
2. Signos en la polisomnografía de 15 o más apneas y/o hipopneas obstructivas por hora de sueño con independencia de los síntomas acompañantes.

Especificar la gravedad actual:

Leve: El índice de apnea-hipopnea es inferior a 15.

Moderado: El índice de apnea-hipopnea es de 15–30.

Grave: El índice de apnea-hipopnea es superior a 30.

Apnea central del sueño

- A. Signos en la polisomnografía de cinco o más apneas centrales por hora de sueño.
- B. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno del sueño actual.

Especificar si:

327.21 (G47.31) Apnea central del sueño idiopática: Se caracteriza por la presencia de episodios repetidos de apnea e hipopnea durante el sueño causada por la variabilidad del esfuerzo respiratorio pero sin signos de obstrucción de las vías respiratorias.

786.04 (R06.3) Respiración de Cheyne-Stokes: Patrón de variación periódica de aumento-disminución del volumen corriente que da lugar a apneas e hipopneas centrales con una frecuencia de al menos cinco episodios por hora, acompañados de despertar frecuente.

780.57 (G47.37) Apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos: La patogenia de este subtipo se atribuye a los efectos de los opiáceos en los generadores del ritmo respiratorio en el bulbo raquídeo así como en los efectos diferenciales en el impulso respiratorio hipóxico o hipercápnico.

Nota de codificación (sólo para el código 780.57 [G47.37]): Cuando existe un trastorno por consumo de opiáceos, se codifica en primer lugar el trastorno por consumo de opiáceos: 305.50 (F11.10) trastorno leve por consumo de opiáceos o 304.00 (F11.20) trastorno moderado o grave por consumo de opiáceos; a continuación se codifica 780.57 (G47.37) apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos. Cuando no existe un trastorno por consumo de opiáceos (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), se codifica sólo 780.57 (G47.37) apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad de la apnea central del sueño se clasifica según la frecuencia de las alteraciones de la respiración así como el grado de desaturación de oxígeno asociada y la fragmentación del sueño que se produce a consecuencia de las alteraciones respiratorias repetitivas.

Hipoventilación relacionada con el sueño

- A. La polisomnografía pone de manifiesto episodios de disminución de la respiración asociados a una elevación de la concentración de CO₂. (**Nota:** En ausencia de una medida objetiva del CO₂, la concentración baja persistente de la saturación de oxígeno en la hemoglobina no asociada a episodios apneicos/hipopneicos puede indicar la presencia de hipoventilación.)
- B. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno actual del sueño.

Especificar si:

327.24 (G47.34) Hipoventilación idiopática: Este subtipo no se puede atribuir a una afección rápidamente identificada.

327.25 (G47.35) Hipoventilación alveolar central congénita: Este subtipo es un raro trastorno congénito en el que típicamente el individuo presenta, en el período perinatal, respiración superficial, o cianosis y apnea durante el sueño.

327.26 (G47.36) Hipoventilación concurrente relacionada con el sueño: Este subtipo se produce como consecuencia de una afección médica, como un trastorno pulmonar (p. ej., enfermedad pulmonar intersticial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o un trastorno neuromuscular o de la pared torácica (p. ej., distrofias musculares, síndrome pospoliomielitis, lesión de la médula espinal cervical, cifoescoliosis), o a causa de algún medicamento (p. ej., benzodiacepinas, opiáceos). También se produce en casos de obesidad (trastorno de hipoventilación por obesidad), en que refleja una combinación de un aumento del trabajo respiratorio debido a la disminución de la actividad de la pared y la incongruencia de la ventilación-perfusión y una reducción del impulso ventilatorio. Estos individuos suelen caracterizarse por tener un índice de masa corporal superior a 30 e hipercapnia durante la vigilia (con un valor de pCO₂ superior a 45), sin otras signos de hipoventilación.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica según el grado de hipoxemia e hipercapnia presente durante el sueño y los signos de alteración del órgano afectado debida a estas anomalías (p. ej., insuficiencia

cardíaca derecha). La presencia de anomalías en la gasometría durante la vigilia es un indicador de mayor gravedad.

Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia

- A. Patrón continuo o recurrente de interrupción del sueño que se debe principalmente a una alteración del sistema circadiano o a un alineamiento defectuoso entre el ritmo circadiano endógeno y la sincronización sueño-vigilia necesarios según el entorno físico del individuo o el horario social o profesional del mismo.
- B. La interrupción del sueño produce somnolencia excesiva o insomnio, o ambos.
- C. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: En el CIE-9-MC, el código es **307.45** para todos los subtipos. En el CIE-10-MC, el código depende del subtipo.

Especificar si:

307.45 (G47.21) Tipo de fases de sueño retrasadas: Patrón con retraso de los tiempos de inicio del sueño y de despertar, con incapacidad para dormirse y despertarse a una hora más temprana deseada o convencionalmente aceptable.

Especificar si:

Familiar: Antecedentes familiares de fase de sueño retrasada.

Especificar si:

Superposición a un tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas: El tipo de fases de sueño retrasadas se puede superponer a otro trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, el tipo hipernictameral (no ajustado a las 24 horas).

307.45 (G47.22) Tipo de fases de sueño avanzada: Patrón con avance de los tiempos de inicio del sueño y de despertar, con incapacidad para continuar despierto o dormido hasta una hora más tardía deseada o convencionalmente aceptable.

Especificar si:

Familiar: Antecedentes familiares de fase de sueño avanzada.

307.45 (G47.23) Tipo de sueño-vigilia irregular: Patrón de sueño-vigilia temporalmente desorganizado, de manera que el ritmo de los períodos de sueño y de vigilia es variable a lo largo de las 24 horas.

307.45 (G47.24) Tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas: Patrón de ciclos de sueño-vigilia que no se sincroniza con el entorno de 24 horas, con un cambio diario constante (generalmente a horas cada vez más avanzadas) de la hora de inicio del sueño y de despertar.

307.45 (G47.26) Tipo asociado a turnos laborales: Insomnio durante el período principal del sueño y/o somnolencia excesiva (incluido sueño inadvertido) durante el período principal de vigilia asociado al horario de trabajo por turnos (es decir, que requieren horas de trabajo no convencionales).

307.45 (G47.20) Tipo no especificado

Especificar si:

Episódico: Los síntomas duran como mínimo un mes pero menos de tres meses.

Persistente: Los síntomas duran tres meses o más.

Recurrente: Dos (o más) episodios en el plazo de un año.

Parasomnias

Trastornos del despertar del sueño no REM

- A. Episodios recurrentes de despertar incompleto del sueño, que generalmente se producen durante el primer tercio del período principal del sueño, y que van acompañados de una u otra de las siguientes características:
1. **Sonambulismo:** Episodios repetidos en los que el individuo se levanta de la cama y camina durante el sueño. Durante el

episodio de sonambulismo, el individuo tiene la mirada fija y en blanco; es relativamente insensible a los esfuerzos de otras personas para comunicarse con él y sólo se puede despertar con mucha dificultad.

2. **Terrores nocturnos:** Episodios recurrentes de despertar brusco con terror, que generalmente comienzan con gritos de pánico. Durante cada episodio, existe un miedo intenso y signos de alerta autónoma, como midriasis, taquicardia, taquipnea y sudoración. Existe insensibilidad relativa a los esfuerzos de otras personas para consolar al individuo durante los episodios.
- B. No se recuerdan los sueños o el recuerdo es mínimo (p. ej., solamente una única escena visual).
- C. Amnesia de los episodios está presente.
- D. Los episodios 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).
- F. Los trastornos mentales y médicos coexistentes no explican los episodios de sonambulismo o de terrores nocturnos.

Nota de codificación: En el CIE-9-MC, el código es **307.46** para todos los subtipos. En el CIE-10-MC, el código depende del subtipo.

Especificar si:

307.46 (F51.3) Tipo con sonambulismo

Especificar si:

Con ingestión de alimentos relacionada con el sueño

Con comportamiento sexual relacionado con el sueño (sexsomnia)

307.46 (F51.4) Tipo con terrores nocturnos

Trastorno de pesadillas

307.47 (F51.5)

- A. Se producen de forma prolongada repetida sueños sumamente disfóricos y que se recuerdan bien, que por lo general implican esfuerzos para evitar amenazas contra la vida, la seguridad o la integridad física y que acostumbran a suceder durante la segunda mitad del período principal de sueño.
- B. Al despertar de los sueños disfóricos, el individuo rápidamente se orienta y está alerta.
- C. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Las pesadillas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).
- E. La coexistencia de trastornos mentales y médicos no explica adecuadamente la presencia predominante de sueños disfóricos.

Especificar si:

Durante el inicio del sueño

Especificar si:

Con trastorno asociado no relacionado con el sueño, incluidos los trastornos por consumo de sustancias

Con otra afección médica asociada

Con otro trastorno del sueño asociado

Nota de codificación: El código 307.47 (F51.5) se aplica a los tres especificadores. Inmediatamente después del código del trastorno de pesadillas, se codificará también el trastorno mental, afección médica u otro trastorno del sueño asociado pertinente, para indicar la asociación.

Especificar si:

Agudo: La duración del período de pesadillas es de un mes o menos.

Subagudo: La duración del período de pesadillas es superior a un mes pero inferior a seis meses.

Persistente: La duración del período de pesadillas es de seis meses o más.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se puede clasificar por la frecuencia con que suceden las pesadilla:

Leve: Menos de un episodio por semana, en promedio.

Moderado: Uno o más episodios por semana pero no cada noche.

Grave: Los episodios se producen todas las noches.

Trastorno del comportamiento del sueño REM

327.42 (G47.52)

- A. Episodios repetidos de despertar durante el sueño asociados a vocalización y/o comportamientos motores complejos.
 - B. Estos comportamientos se producen durante el sueño REM (movimientos oculares rápidos) y, por lo tanto, suelen aparecer más de 90 minutos después del inicio del sueño, son más frecuentes durante las partes más tardías del período de sueño y rara vez ocurren durante las siestas diurnas.
 - C. Al despertar de estos episodios, el individuo está totalmente despierto, alerta y no presenta confusión ni desorientación.
 - D. Una u otra de las características siguientes:
 - 1. Sueño REM sin atonía en la polisomnografía.
 - 2. Antecedentes que sugieren la presencia de un trastorno del comportamiento del sueño REM y un diagnóstico establecido de sinucleinopatía (p. ej., enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica).
 - E. Los comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (que pueden incluir lesiones a uno mismo o a la pareja).
 - F. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afecación médica.
 - G. Los trastornos mentales y médicos coexistentes no explican los episodios.
-

Síndrome de las piernas inquietas

333.94 (G25.81)

- A. Necesidad urgente de mover las piernas, acompañada generalmente o en respuesta a sensaciones incómodas y desagradables en las piernas, que se caracteriza por todas las circunstancias siguientes:
1. La necesidad urgente de mover las piernas comienza o empeora durante los períodos de reposo o de inactividad.
 2. La necesidad urgente de mover las piernas se alivia parcial o totalmente con el movimiento.
 3. La necesidad urgente de mover las piernas es peor por la tarde o por la noche que durante el día, o se produce únicamente por la tarde o por la noche.
- B. Los síntomas del Criterio A se producen al menos tres veces por semana y han estado presentes durante un mínimo de tres meses.
- C. Los síntomas del Criterio A se acompañan de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, comportamiento, u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los síntomas del Criterio A no se pueden atribuir a otro trastorno mental o afección médica (p. ej., artritis, edema de las piernas, isquemia periférica, calambres en las piernas) y no se explican mejor por un problema de comportamiento (p. ej., incomodidad postural, golpeteo habitual de los pies).
- E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una droga o un medicamento (p. ej., acatisia).
-

Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos

- A. Alteración importante y grave del sueño.
- B. Existen pruebas a partir de la historia, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante o poco después de la intoxicación o después de la 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 del sueño no inducido por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de un trastorno del sueño 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 existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D. La alteración no se produce exclusivamente en el curso de un delirio.
- 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 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 del sueño 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 del sueño inducido por sustancias, el carácter en 4^a posición es “1,” y el clínico registrará “trastorno leve por consumo de [sustancia]” antes del trastorno del sueño inducido por sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno del sueño inducido por cocaína”). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno del sueño 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 4ª posición es “9,” y el clínico sólo hará constar el trastorno del sueño inducido por sustancias. Para codificar un trastorno del sueño inducido por el tabaco, se requiere un trastorno moderado o grave por consumo de tabaco; no está permitido codificar un trastorno concurrente leve por consumo de tabaco o la ausencia de trastorno por consumo de tabaco junto con un trastorno del sueño inducido por el tabaco.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.82	F10.182	F10.282	F10.982
Cafeína	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Cannabis	292.85	F12.188	F12.288	F12.988
Opiáceo	292.85	F11.182	F11.282	F11.982
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.85	F13.182	F13.282	F13.982
Anfetamina (u otro estimulante)	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Cocaína	292.85	F14.182	F14.282	F14.982
Tabaco	292.85	ND	F17.208	ND
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.85	F19.182	F19.282	F19.982

Especificar si:

Tipo con insomnio: Se caracteriza por la dificultad para conciliar o mantener el sueño, despertares nocturnos frecuentes o sueño no reparador.

Tipo con somnolencia diurna: Se caracteriza por el predominio de somnolencia excesiva/fatiga durante las horas de vigilia o, con menos frecuencia, un período de sueño prolongado.

Tipo con parasomnia: Se caracteriza por la presencia de comportamientos anómalos durante el sueño.

Tipo mixto: Se caracteriza por un problema del sueño inducido por sustancias/medicamentos que se caracteriza por diversos tipos de síntomas del sueño, pero sin predominio claro de ninguno de ellos.

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 utilizará si se cumplen los criterios para la intoxicación con la sustancia/medicamento y los síntomas aparecen durante el período de intoxicación.

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

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, bupropión) que se supone que es la causante del trastorno del sueño. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de la sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., bupropión), 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 retirada/abstinencia), seguido de la designación del subtipo (es decir, tipo insomnio, tipo somnolencia diurna, tipo parasomnia, tipo mixto). 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 insomnio durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es 292.85 trastorno del sueño inducido por lorazepam, con inicio durante la abstinencia, tipo insomnio. 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 la alteración del sueño, se hará constar cada una de ellas por separado (p. ej., 292.85 trastorno del sueño inducido por el alcohol, con inicio durante la intoxicación, tipo insomnio; 292.85 trastorno del sueño inducido por cocaína, con inicio durante la intoxicación, tipo insomnio).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, bupropión) que se supone que es la causante del trastorno del sueño. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de la 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., bupropión), se utilizará el código para “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, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe), a continuación se incluye la palabra “con,” seguida del nombre del trastorno del sueño inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la retirada/abstinencia), seguida de la designación del subtipo (es decir, tipo insomnio, tipo somnolencia diurna, tipo parasomnia, tipo mixto). Por ejemplo, en el caso de insomnio durante la abstinencia en

un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es F13.282 trastorno grave por consumo de lorazepam, con trastorno del sueño inducido por lorazepam, con inicio durante la abstinencia, tipo insomnio. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de lorazepam. Si el trastorno del sueño inducido por sustancias se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., con uso de medicamentos), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F19.982 trastorno del sueño inducido por bupropión, con inicio durante el uso de medicamentos, tipo insomnio). Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel significativo en el desarrollo de la alteración del sueño, se hará constar por separado cada una de ellas (p. ej., F10.282 trastorno grave por consumo de alcohol, con trastorno del sueño inducido por el alcohol, con inicio durante la intoxicación, tipo insomnio; F14.282 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno del sueño inducido por cocaína, con inicio durante la intoxicación, tipo insomnio).

Otro trastorno de insomnio especificado

780.52 (G47.09)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de insomnio 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 trastornos de insomnio o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia. La categoría de otro trastorno de insomnio 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 del trastorno de insomnio o de ningún trastorno del sueño-vigilia específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de insomnio especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “trastorno de insomnio breve”).

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

1. **Trastorno de insomnio breve:** Duración inferior a tres meses.
2. **Sueño restringido no reparador:** El motivo principal de queja

es el sueño no reparador sin otros síntomas del sueño, como dificultad para conciliar o mantener el sueño.

Trastorno de insomnio no especificado

780.52 (G47.00)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de insomnio 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 insomnio o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia. La categoría del trastorno de insomnio no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno del sueño-vigilia específico, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Otro trastorno de hipersomnia

780.54 (G47.19)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de hipersomnia 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 hipersomnia o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia. La categoría de otro trastorno de hipersomnia 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 del trastorno de hipersomnia o de algún trastorno del sueño-vigilia específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de hipersomnia especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "hipersomnia de corta duración," como en el síndrome de Kleine-Levin).

Trastorno de hipersomnia no especificado

780.54 (G47.10)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de hipersomnia 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 hipersomnia o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia. La categoría del trastorno de hipersomnia no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios del trastorno de hipersomnia o de un trastorno del sueño-vigilia específico, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Otro trastorno del sueño-vigilia especificado

780.59 (G47.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del sueño-vigilia 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 del sueño-vigilia y no reúnen las condiciones para un diagnóstico de otro trastorno de insomnio especificado o de otro trastorno de hipersomnia especificado. La categoría de otro trastorno del sueño-vigilia 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 sueño-vigilia específico. Esto se hace registrando “otro trastorno del sueño-vigilia especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “despertares repetidos durante el sueño REM sin polisomnografía ni antecedentes de enfermedad de Parkinson u otra sinucleinopatía”).

Trastorno del sueño-vigilia no especificado

780.59 (G47.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del sueño-vigilia 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 del sueño-vigilia y no reúnen las condiciones para un diagnóstico de trastorno de insomnio no especificado o de trastorno de hipersomnia no especificado. La categoría del trastorno del sueño-vigilia no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno del sueño-vigilia específico, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Disfunciones sexuales

Eyacuación retardada

302.74 (F52.32)

- A. Se debe experimentar alguno de los siguientes síntomas en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos) y sin que el individuo desee el retardo:
 - 1. Retardo marcado de la eyacuación.
 - 2. Infrecuencia marcada o ausencia de eyacuación.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Trastorno eréctil

302.72 (F52.21)

- A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los tres síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):
1. Dificultad marcada para conseguir una erección durante la actividad sexual.
 2. Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual.
 3. Reducción marcada de la rigidez de la erección.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Trastorno orgásmico femenino

302.73 (F52.31)

- A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):
1. Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo.
 2. Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar si:

Nunca experimentó un orgasmo en ninguna situación

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Trastorno del interés/excitación sexual femenino

302.72 (F52.22)

- A. Ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina, que se manifiesta por lo menos por una de las tres siguientes:
1. Interés ausente o reducido en la actividad sexual.
 2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos.
 3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla.
 4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja

- (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).
5. Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual).
 6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración

302.76 (F52.6)

- A. Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:
1. Penetración vaginal durante las relaciones.
 2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
 3. Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
 4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (por ejemplo violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón

302.71 (F52.0)

- A. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducidos o ausentes de forma constante o recurrente. La evaluación de la deficiencia la hace el clínico, teniendo en cuenta factores que afectan a la actividad sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Eyacuación prematura (precoz)

302.75 (F52.4)

- A. Un patrón persistente o recurrente en que la eyacuación producida durante la actividad sexual en pareja sucede aproximadamente en el minuto siguiente a la penetración vaginal y antes de que lo desee el individuo.
- Nota:** Aunque el diagnóstico de eyacuación prematura (precoz) se puede aplicar a individuos que practican actividades sexuales no vaginales, no se han establecido criterios específicos de duración en dichas actividades.
- B. El síntoma del Criterio A debe haber estado presente por lo menos durante seis meses y se tiene que experimentar en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizado, en todos los contextos).
- C. El síntoma del Criterio A provoca un malestar clínicamente significativo al individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: La eyacuación se produce aproximadamente entre los 30 y 60 segundos siguientes a la penetración vaginal.

Moderado: La eyaculación se produce aproximadamente entre los 15 y 30 segundos siguientes a la penetración vaginal.

Grave: La eyaculación se produce antes de la actividad sexual, al principio de la misma, o aproximadamente en los 15 segundos siguientes a la penetración vaginal.

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos

- A. En el cuadro clínico predomina un trastorno clínicamente significativo de la función sexual.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Los 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 una disfunción sexual no inducida por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de una disfunción sexual independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de una disfunción sexual independiente no inducida 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 delirio.
- E. El trastorno causa un malestar clínicamente significativo en el individuo.

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 las disfunciones sexuales inducidas por sustancias/medicamentos específicos 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 la disfunción sexual inducida por sustancias, el carácter en 4ª posición es “1” y el clínico hará constar “trastorno leve por consumo de [sustancia]” antes de la disfunción sexual inducida por sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con disfunción sexual inducida por la cocaína”). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con la disfunción sexual inducida por sustancias, el carácter en 4ª posición es “2” y el clínico hará constar “trastorno 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), entonces el carácter en 4ª posición es “9” y el clínico solamente hará constar la disfunción sexual inducida por sustancias.

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” del DSM-5 para diagnósticos asociados a la clase de sustancia):

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.

Con inicio después de tomar el medicamento: Los síntomas pueden aparecer al principio de tomar el medicamento o tras alguna modificación o cambio de la pauta.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Sucede en el 25%–50% de las relaciones sexuales.

Moderado: Sucede en el 50%–75% de las relaciones sexuales.

Grave: Sucede en el 75% o más de las relaciones sexuales.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con tras- torno por consumo, leve	Con tras- torno por consumo, moderado o grave	Sin tras- torno por consumo
Alcohol	291.89	F10.181	F10.281	F10.981
Opiáceos	292.89	F11.181	F11.281	F11.981
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.89	F13.181	F13.281	F13.981
Anfetamina (u otro estimulante)	292.89	F15.181	F15.281	F15.981
Cocaína	292.89	F14.181	F14.281	F14.981
Otra sustancia (o sus- tancia desconocida)	292.89	F19.181	F19.281	F19.981

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre de la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., alcohol, fluoxetina) que se supone que es la causante de la disfunción sexual. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., fluoxetina), 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 o inicio tras tomar un medicamento) seguido por el especificador de gravedad (p.ej., leve, moderado, grave). 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 una disfunción eréctil que se produce durante la intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es 291.98 disfunción sexual inducida por el alcohol, con inicio durante la intoxicación, moderada. También se hace constar un diagnóstico adicional de 303.90 trastorno por consumo de alcohol grave. Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo de la disfunción sexual, cada una de ellas se indicará por separado (p. ej., 292.89 disfunción sexual inducida por la cocaína con inicio durante la intoxicación, moderada; 292.89 disfunción sexual inducida por la fluoxetina, con inicio tras el consumo del medicamento).

CIE-10-MC. El nombre de la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., alcohol, fluoxetina) que se supone que es la causante de la disfunción sexual. 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., fluoxetina), se utilizará el código de “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, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe), seguido por la palabra “con”, a continuación el nombre de la disfunción sexual inducida por sustancias, después se anota la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia o inicio tras tomar un medicamento) y, finalmente, el especificador de gravedad (p. ej., leve, moderado, grave). Por ejemplo, en el caso de una disfunción eréctil que sucediera durante la intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es F10.281 trastorno grave por consumo de alcohol con disfunción sexual inducida por el alcohol, con inicio durante la intoxicación, moderada. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno grave por consumo de alcohol. Si la disfunción sexual

inducida 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., F15.981 disfunción sexual inducida por anfetamina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo de la disfunción sexual, cada una de ellas se indicará por separado (p. ej., F14.181 disfunción leve por consumo de cocaína con disfunción sexual inducida por la cocaína, con inicio durante la intoxicación, moderada; F19.981 disfunción sexual inducida por la fluoxetina, con inicio tras el consumo del medicamento, moderada).

Otra disfunción sexual especificada

302.79 (F52.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de una disfunción sexual que causan un malestar clínicamente significativo en el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de disfunción sexual. La categoría de otra disfunción sexual especificada 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 ninguna disfunción sexual específica. Esto se hace registrando “otra disfunción sexual especificada” seguida del motivo específico (p. ej., “aversión sexual”).

Disfunción sexual no especificada

302.70 (F52.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de una disfunción sexual que causan un malestar clínicamente significativo en el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de disfunción sexual. La categoría disfunción sexual no especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de una

disfunción sexual específica, e incluye las presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Disforia de género

Disforia de género

Disforia de género en niños.

302.6 (F64.2)

- A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):
1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
 2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
 3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
 4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
 5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
 6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
 7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
 8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

- B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica).

Nota de codificación: Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.

Disforia de género en adolescentes y adultos.

302.85 (F64.1)

- A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:
1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
 2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).
 3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
 4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
 5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
 6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
- B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica).

Nota de codificación: Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.

Especificar si:

Postransición: El individuo ha hecho la transición a una vida de tiempo completo con el sexo deseado (con o sin legalización del cambio de sexo) y se ha sometido (o se está preparando para someterse) por lo menos a una intervención o tratamiento médico de cambio de sexo, por ejemplo, un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto o a una intervención quirúrgica de cambio de sexo para confirmar el sexo deseado (p. ej., penectomía, vaginoplastia en un individuo nacido hombre; mastectomía o falooplastia en una paciente nacida mujer).

Otra disforia de género especificada

302.6 (F64.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de disforia de género que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de disforia de género. La categoría de otra disforia de género especificada 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 disfunción sexual. Esto se hace registrando “otra disforia de género especificada” seguido de un motivo específico (p. ej., “disforia de género breve”).

Un ejemplo de una presentación que se puede especificar utilizando la designación de “otra especificada” es el siguiente:

El trastorno actual cumple los criterios sintomáticos de disforia de género pero su duración es inferior a seis meses

Disforia de género no especificada

302.6 (F64.9)

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

Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta

Trastorno negativista desafiante

313.81 (F91.3)

- A. Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.

Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Nota: Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de

menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

- B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.
- C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).

Moderado: Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.

Grave: Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.

Trastorno explosivo intermitente

312.34 (F63.81)

- A. Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:
 - 1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los ani-

males u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un periodo de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos.

2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.
- B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.
- C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).
- D. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, tienen consecuencias económicas o legales.
- E. El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).
- F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer) ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico.

Nota: Este diagnóstico se puede establecer además del diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastornos de conducta, trastorno negativista desafiante o trastorno del espectro del autismo, cuando los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superen a los que habitualmente se observan en estos trastornos y requieran atención clínica independiente.

Trastorno de la conducta

- A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. "engaña" a otros).
12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.

14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
 15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.
- B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.
- C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Especificar si:

312.81 (F91.1) Tipo de inicio infantil: Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.82 (F91.2) Tipo de inicio adolescente: Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.89 (F91.9) Tipo de inicio no especificado: Se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si:

Con emociones prosociales limitadas: Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante períodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).

Falta de remordimientos o culpabilidad: No se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos

que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.

Insensible, carente de empatía: No tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.

Despreocupado por su rendimiento: No muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.

Afecto superficial o deficiente: No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede “conectar” o “desconectar” las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla).

Moderado: El número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en “leve” y en “grave” (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave: Existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).

Trastorno de la personalidad antisocial

Los criterios de trastorno de la personalidad antisocial se pueden consultar en el capítulo “Trastornos de la personalidad”. Puesto que este trastorno está íntimamente relacionado con el espectro de trastornos “externalizadores” de la conducta de este capítulo, además de los trastornos del capítulo siguiente “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, se cita aquí y los criterios se presentan en el capítulo “Trastornos de la personalidad”.

Piromanía

312.33 (F63.1)

- A. Provocación de incendios de forma deliberada e intencionada en más de una ocasión.
 - B. Tensión o excitación afectiva antes de hacerlo.
 - C. Fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias).
 - D. Placer, gratificación o alivio al provocar incendios o al presenciar o participar en sus consecuencias.
 - E. No se provoca un incendio para obtener un beneficio económico, ni como expresión de una ideología sociopolítica, ni para ocultar una actividad criminal, expresar rabia o venganza, mejorar las condiciones de vida personales, ni en respuesta a un delirio alucinación, ni como resultado de una alteración al juicio (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], intoxicación por sustancias).
 - F. La provocación de incendios no se explica mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maniaco o un trastorno de la personalidad antisocial.
-

Cleptomanía

312.32 (F63.2)

- A. Fracaso recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para uso personal ni por su valor monetario.
 - B. Aumento de la sensación de tensión inmediatamente antes de cometer el robo.
 - C. Placer, gratificación o alivio en el momento de cometerlo.
 - D. El robo no se comete para expresar rabia ni venganza, ni en respuesta a un delirio o una alucinación.
 - E. El robo no se explica mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maníaco o un trastorno de la personalidad antisocial.
-

Otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado

312.89 (F91.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral o de otro tipo importantes para el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta. La categoría de otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta 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 destructivo específico, del control de los impulsos y de la conducta. Esto se hace registrando “otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “arrebatos recurrentes de comportamiento, de frecuencia insuficiente”).

Trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, no especificado

312.9 (F91.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, profesional o de otro tipo importantes para el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta. La categoría trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta específico e incluye las presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas, de acción similar] y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales.

Además de los trastornos relacionados con sustancias, en este capítulo también se incluye el juego patológico, que refleja la prueba de que los comportamientos del juego activan sistemas de recompensa similares a los activados por las drogas, pues producen algunos síntomas comportamentales similares a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Las siguientes afecciones se pueden clasificar como inducidas por sustancias: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento (trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos).

El resto del capítulo se organiza en función de la clase de sustancia y reflejará algunos aspectos únicos de las diez clases de sustancias relevantes. Para facilitar el diagnóstico diferencial, los criterios de los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos se incluyen junto con los trastornos con los que comparten algunos síntomas (por ejemplo, el trastorno depresivo inducido por una sustancia

o medicamento está en el capítulo de “Trastornos depresivos”). En la Tabla 1 se muestra el amplio abanico de categorías diagnósticas asociadas a cada grupo específico de sustancias.

Trastornos relacionados con sustancias

Trastornos por consumo de sustancias

Procedimiento de registro de los trastornos por consumo de sustancias

El clínico debe aplicar el código que corresponda a la clase de sustancia y además anotar el nombre de la *sustancia específica*. Por ejemplo, el clínico registrará 304.10 (F13.20) trastorno moderado por consumo de alprazolam (mejor que trastorno por consumo moderado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) o bien 305.70 (F15.10) trastorno por consumo moderado de metanfetamina (mejor que trastorno por consumo moderado de estimulantes). Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de estas clases (p. ej. esteroides anabolizantes), corresponde usar el código de “Trastorno por consumo de otras sustancias” e indicar la sustancia específica (p. ej. 305.90 [F19.10] trastorno leve por consumo de esteroides anabolizantes). Si se desconoce cuál es la sustancia que ha tomado el individuo se aplicará el código de la clase “Otra (o desconocida)” (p. ej. 304.90 [F19.20] trastorno grave por consumo de sustancia desconocida). Si se cumplen los criterios de más de un trastorno por consumo de sustancias, se deben diagnosticar todos ellos (p. ej. 304.00 [F11.20] trastorno grave por consumo de heroína; 304.20 [F14.20] trastorno moderado por consumo de cocaína).

El código adecuado del CIE-10-MC para un trastorno por consumo de sustancias depende de si existe algún trastorno concomitante inducido por una sustancia (ya sea por intoxicación o por abs-

TABLA 1 Diagnósticos asociados a una clase de sustancia

	Trastornos psíco- ticos	Trastor- nos bipolares	Trastor- nos depre- sivos	Trastor- nos de ansiedad	Trastorno obsesivo- compulsivo y trastornos relacionados	Trastor- nos del sueño	Disfun- ciones sexuales	Síndro- me confu- sional	Trastor- nos neuro- cognitivos	Trastornos por consu- mo de sus- tancias	Intoxi- cación por sus- tancias	Absti- nencia de sus- tancias
Alcohol	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Cafeína				I		I/A					X	X
Cannabis	I			I		I/A		I		X	X	X
Alucinógenos												
Fencididina	I	I	I	I				I		X	X	
Otros aluci- nógenos	I*	I	I	I				I		X	X	
Inhalantes	I		I	I				I	I/P	X	X	

TABLA 1 Diagnósticos asociados a una clase de sustancia (cont.)

	Trastornos psíquicos	Trastornos bipolares	Trastornos depre- sivos	Trastor- nos de ansiedad	Trastor- nos de compulsi- vo	Trastor- nos del sueño	Disfun- ciones sexuales	Síndro- me confu- sional	Trastor- nos neuro- cognitivos	Trastornos por consu- mo de sus- tancias	Intoxi- cación por sus- tancias	Absti- nencia de sus- tancias
Opiáceos			I/A	A		I/A	I/A	I/A		X	X	X
Sedantes, hip- nóticos o ansiolíticos	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Estimulantes**	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		X	X	X
Tabaco						A				X		X
Otras (o des- conocida)	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X

Nota. X = la categoría está reconocida en el DSM-5.

I = se puede añadir el especificador "inicio durante la intoxicación".

A = se puede añadir el especificador "inicio durante la abstinencia".

I/A = se puede añadir "inicio durante la intoxicación" o "inicio durante la abstinencia".

P = el trastorno es persistente.

*También trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (reviviscencias).

**Incluye sustancias amfetamínicas, cocaína y otros estimulantes sin especificar.

tinencia). En el ejemplo anterior, el código diagnóstico de un trastorno moderado por consumo de alprazolam, F13.20, refleja la ausencia de un trastorno mental concomitante inducido por alprazolam. Puesto que los códigos CIE-10-MC para los trastornos inducidos por sustancias indican tanto la presencia (o ausencia) como la gravedad del trastorno por consumo de la sustancia, dichos códigos solamente se pueden utilizar si no existe un trastorno inducido por una sustancia. Para más información sobre la codificación véanse las secciones concretas específicas de cada sustancia.

Obsérvese que la palabra *adicción* no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra *trastorno por consumo de sustancias* para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos clínicos preferirán utilizar la palabra *adicción* para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa.

Trastornos inducidos por sustancias

Procedimiento de registro de la intoxicación y la abstinencia

El clínico debe aplicar el código que corresponda a la clase de sustancia y además anotar el nombre de la *sustancia específica*. Por ejemplo, el clínico registrará 292.0 (F13.239) abstinencia de secobarbital (mejor que abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) o bien 292.89 (F15.129) intoxicación por metanfetamina (mejor que intoxicación por estimulantes). Obsérvese que el código diagnóstico adecuado del CIE-10-MC para la intoxicación depende de si existe un trastorno concomitante por consumo de sustancias. En este caso el código F15.129 de la metanfetamina indica la presencia de un trastorno concomitante leve por consumo de metanfetamina. Si no existiera un

trastorno concomitante por consumo de metanfetamina, el código diagnóstico habría sido F15.929. Las reglas de codificación del CIE-10-MC exigen que todos los códigos de abstinencia impliquen un trastorno de moderado a grave por consumo de la sustancia correspondiente. En el caso anterior, el código de abstinencia de secobarbital (F13.239) indica la presencia concomitante de un trastorno moderado a grave por consumo de secobarbital. Consúltense las notas de codificación de los síndromes de intoxicación y abstinencia de cada sustancia para saber las opciones concretas de codificación.

Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de estas clases (p. ej. esteroides anabolizantes), corresponde usar el código de “intoxicación por otra sustancia” e indicar la sustancia específica (p. ej. 292.89 [F19.929] intoxicación por esteroides anabolizantes). Si se desconoce cuál es la sustancia que ha tomado el individuo se aplicará el código de la clase “otra (o desconocida)” (p. ej. 292.89 [F19.929] intoxicación por sustancia desconocida). Si existen síntomas o problemas asociados a una sustancia específica pero no se cumplen los criterios de ningún trastorno específico de una sustancia, se puede utilizar la categoría de *no especificado* (p. ej. 292.9 [F12.99] trastorno no especificado relacionado con el cannabis).

Como ya se ha dicho, los códigos del CIE-10-MC relacionados con sustancias combinan el aspecto del propio cuadro clínico del trastorno por consumo de sustancias con el aspecto de ser inducido por la sustancia, en un único código combinado. De este modo, si existe tanto un trastorno por abstinencia de heroína como uno moderado por consumo de la misma, se aplica el código único F11.23 que abarca ambas presentaciones. En el CIE-9-MC se aplican códigos diagnósticos diferentes (292.0 y 304.00) para indicar respectivamente un trastorno por abstinencia y uno moderado por consumo de heroína. Consúltense más información sobre la codificación en las secciones concretas específicas de cada sustancia.

Procedimientos de registro de los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos

En otros capítulos del manual se indican las notas de codificación y los procedimientos individualizados de registro de los códigos del CIE-9-MC y CIE-10-MC para otros trastornos mentales inducidos

por sustancias o medicamentos específicos, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos: “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” “Trastorno bipolar y trastornos relacionados” “Trastornos depresivos” “Trastornos de ansiedad” “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados” “Trastornos del sueño-vigilia” “Disfunciones sexuales” y “Trastornos neurocognitivos”. Generalmente, en el caso del CIE-9-MC, si un trastorno mental está inducido por un trastorno por consumo de una sustancia, se da un código distinto para el trastorno por consumo de la sustancia en concreto aparte del código del trastorno mental inducido por la sustancia/ medicamento. En el caso del CIE-10-MC, un único código combina el trastorno mental inducido por la sustancia con el trastorno por consumo de la misma. No se indica un diagnóstico separado del trastorno concomitante por consumo de la sustancia, aunque se utilizan el nombre y la gravedad del trastorno por consumo de la sustancia específica (si existe) cuando se registra el trastorno mental inducido por esa sustancia/medicamento. También se indican los códigos del CIE-10-MC en las situaciones en las que el trastorno mental provocado por la sustancia/ medicamento no se debe a un trastorno por consumo de esa sustancia (es decir, cuando el trastorno es inducido por un uso aislado de la sustancia o el medicamento). En la sección de “Procedimientos de registro” de cada trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos que aparece en los capítulos correspondientes, se ofrece la información adicional necesaria para registrar el nombre del diagnóstico del correspondiente trastorno mental.

Trastornos relacionados con el alcohol

Trastorno por consumo de alcohol

- A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se mani-

fiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol, págs. 262–263).
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia alcohólicas, o cualquier otro trastorno mental inducido por el alcohol, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de alcohol. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de alcohol viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por el alcohol (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia alcohólicas, o de un trastorno mental específico inducido por el alcohol). Por ejemplo, si existe un trastorno por consumo de alcohol y una intoxicación alcohólica concomitantes, solamente se indica el código de la intoxicación por alcohol, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo alcohólico es leve, moderado o grave: F10.129 para un trastorno leve por consumo de alcohol con una intoxicación por alcohol, o F10.229 para un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol con una intoxicación por alcohol.

Especificar la gravedad actual:

305.00 (F10.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

303.90 (F10.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

303.90 (F10.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Intoxicación por alcohol

- A. Ingesta reciente de alcohol.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingestión de alcohol.
- C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:
 - 1. Habla pastosa.
 - 2. Incoordinación.
 - 3. Marcha insegura.
 - 4. Nistagmo.
 - 5. Alteración de la atención o de la memoria.
 - 6. Estupor o coma.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código del CIE-9-MC es **303.00**. El código del CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de alcohol. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de alcohol, el código CIE-10-MC es **F10.129**; si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de alcohol, el código CIE-10-MC es **F10.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de alcohol, entonces el código CIE-10-MC es **F10.929**.

Abstinencia de alcohol

- A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
- B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A:
 - 1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej. sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).

2. Incremento del temblor de las manos.
 3. Insomnio.
 4. Náuseas o vómitos.
 5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
 6. Agitación psicomotora.
 7. Ansiedad.
 8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se aplica en las raras circunstancias en las que aparecen alucinaciones (habitualmente visuales o táctiles) con una prueba de realidad inalterada, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **291.81**. El código CIE-10-MC para la abstinencia de alcohol sin alteraciones de la percepción es **F10.239** y el código CIE-10-MC para la abstinencia de alcohol con alteraciones de la percepción es **F10.232**. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol, lo que refleja el hecho de que la abstinencia alcohólica solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de alcohol con una abstinencia alcohólica.

Otros trastornos inducidos por el alcohol

Los siguientes trastornos inducidos por el alcohol se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por el alcohol (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”); trastorno bipolar inducido por el alcohol (“Trastorno bipolar y trastornos relacionados”); trastorno depresivo inducido por el alcohol (“Trastornos depresivos”); trastorno de ansiedad inducido por el alcohol (“Trastornos de ansiedad”); trastorno del sueño inducido por el alcohol (“Trastornos del sueño-vigilia”); disfunción sexual inducida por el alcohol (“Disfunciones sexuales”) y trastorno neurocognitivo mayor o leve (“Trastornos neurocognitivos”). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación alcohólica y al síndrome confusional por abstinencia de alcohol, véanse los criterios y la discusión del síndrome confusional en el capítulo “Trastornos neurocognitivos”. Estos trastornos provocados por el alcohol solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia alcohólicas cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

291.9 (F10.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el alcohol 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 ningún trastorno específico relacionado con el alcohol o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con la cafeína

Intoxicación por cafeína

305.90 (F15.929)

- A. Consumo reciente de cafeína (habitualmente una dosis que supera ampliamente los 250 mg).
 - B. Cinco (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de cafeína:
 - 1. Intranquilidad.
 - 2. Nerviosismo.
 - 3. Excitación.
 - 4. Insomnio.
 - 5. Rubor facial.
 - 6. Diuresis.
 - 7. Trastornos gastrointestinales.
 - 8. Espasmos musculares.
 - 9. Divagaciones de los pensamientos y del habla.
 - 10. Taquicardia o arritmia cardíaca.
 - 11. Períodos de infatigabilidad.
 - 12. Agitación psicomotora.
 - C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental incluida una intoxicación con otra sustancia.
-

Abstinencia de cafeína

292.0 (F15.93)

- A. Consumo diario prolongado de cafeína.
 - B. Cese brusco o reducción del consumo de cafeína, seguido en las 24 horas siguientes por tres (o más) de los signos o síntomas siguientes:
 - 1. Cefalea.
 - 2. Fatiga o somnolencia notable.
 - 3. Disforia, desánimo o irritabilidad.
 - 4. Dificultades para concentrarse.
 - 5. Síntomas gripales (náuseas, vómitos o dolor o rigidez muscular).
 - C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - D. Los signos o síntomas no aparecen asociados a los efectos psicológicos de ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o una abstinencia de otra sustancia.
-

Otros trastornos inducidos por la cafeína

Los siguientes trastornos inducidos por la cafeína se describen en otros en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno de ansiedad inducido por la cafeína (“Trastornos de ansiedad”) y trastorno del sueño inducido por la cafeína (“Trastornos del sueño-vigilia”). Estos trastornos provocados por la cafeína solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia de cafeína cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con la cafeína no especificado

292.9 (F15.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la cafeína 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 ningún trastorno específico relacionado con la cafeína o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con el cannabis

Trastorno por consumo de cannabis

- A. Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.

5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de cannabis, pág. 271).
 - b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al cannabis.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de cannabis, o cualquier otro trastorno mental inducido por el cannabis, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de cannabis. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de cannabis viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por el cannabis (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia por cannabis, o de un trastorno mental específico inducido por el cannabis). Por ejemplo, si existe un trastorno por consumo de cannabis y un trastorno de ansiedad inducido por cannabis concomitantes, solamente se indica el código del trastorno de ansiedad, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de cannabis es leve, moderado o grave: F12.180 para un trastorno leve por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis, o F12.280 para un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis.

Especificar la gravedad actual:

305.20 (F12.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

304.30 (F12.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

304.30 (F12.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Intoxicación por cannabis

- A. Consumo reciente de cannabis.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. descoordinación motora, euforia, an-

270 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

siedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco después del consumo de cannabis.

- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de dos horas tras el consumo de cannabis:
1. Inyección conjuntival.
 2. Aumento del apetito.
 3. Boca seca.
 4. Taquicardia.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Alucinaciones con una prueba de realidad inalterada, o aparición de ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de cannabis y de si aparecen o no alteraciones de la percepción.

Para la intoxicación por cannabis sin alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.929**.

Para la intoxicación por cannabis con alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.122**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.222**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.922**.

Abstinencia de cannabis

292.0 (F12.288)

- A. Cese brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado (p. ej. consumo diario o casi diario, durante un periodo de varios meses por lo menos).
- B. Aparición de tres (o más) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana tras el Criterio A:
 - 1. Irritabilidad, rabia o agresividad.
 - 2. Nerviosismo o ansiedad.
 - 3. Dificultades para dormir (es decir, insomnio, pesadillas).
 - 4. Pérdida de apetito o de peso.
 - 5. Intranquilidad.
 - 6. Estado de ánimo deprimido.
 - 7. Por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es 292.0. El código CIE-10-MC para la abstinencia de cannabis es F12.288. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de cannabis solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de este. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis con una abstinencia de este.

Otros trastornos inducidos por el cannabis

En siguientes trastornos inducidos por el cannabis se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por el cannabis (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”), trastorno de ansiedad inducido por el cannabis (“Trastornos de ansiedad”) y trastorno del sueño inducido por el cannabis (“Trastornos del sueño-vigilia”). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación por cannabis, véanse los criterios y la discusión del síndrome confusional en el capítulo “Trastornos neurocognitivos”. Estos trastornos provocados por el cannabis solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia de cannabis cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con el cannabis no especificado

292.9 (F12.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el cannabis 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 ningún trastorno específico relacionado con el cannabis o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con los alucinógenos

Trastorno por consumo de fenciclidina

- A. Un modelo de consumo de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume fenciclidina con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de fenciclidina.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir fenciclidina, consumirla o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir fenciclidina.
 5. Consumo recurrente de fenciclidina que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo de fenciclidina; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la fenciclidina; desatención de los niños o del hogar).
 6. Consumo continuado de fenciclidina a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o exacerbados por sus efectos (p. ej. discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
 7. El consumo de fenciclidina provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de fenciclidina en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej. cuando se conduce un

automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por una fenciclidina).

9. Se continúa con el consumo de fenciclidina a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ella.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de fenciclidina para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de fenciclidina.

Nota: No se han establecido los síntomas y signos de abstinencia de las fenciclidinas, por lo que este criterio no se aplica. (Se ha descrito la abstinencia de fenciclidina en los animales, pero no se ha documentado en seres humanos.)

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de fenciclidina, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir fenciclidina”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de fenciclidina, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir fenciclidina”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a la fenciclidina.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación concomitante por fenciclidina o algún otro trastorno mental inducido por ella, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de

fenciclidina. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de fenciclidina viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por la fenciclidina (véase la nota de codificación de la intoxicación por fenciclidina o de un trastorno mental específico inducido por la fenciclidina). Por ejemplo, si existe un trastorno psicótico concomitante inducido por la fenciclidina, solamente se indica el código del trastorno psicótico inducido por la fenciclidina, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de fenciclidina es leve, moderado o grave: F16.159 para un trastorno leve por consumo de fenciclidina con un trastorno psicótico inducido por la fenciclidina, o F16.259 para un trastorno moderado o grave por consumo de fenciclidina con un trastorno psicótico inducido por la fenciclidina.

Especificar la gravedad actual:

305.90 (F16.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas

304.60 (F16.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas

304.60 (F16.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas

Trastorno por consumo de otros alucinógenos

- A. Un modelo problemático de consumo de alucinógenos (distintos de la fenciclidina) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume algún alucinógeno con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alucinógenos.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el alucinógeno, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un alucinógeno.
 5. Consumo recurrente de un alucinógeno que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. ausencias repetidas del trabajo o bajo

rendimiento escolar relacionados con el consumo del alucinógeno; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el alucinógeno; desatención de los niños o del hogar).

6. Consumo continuado de algún alucinógeno a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej. discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
7. El consumo del alucinógeno provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alucinógenos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej. cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por un alucinógeno).
9. Se continúa con el consumo de alucinógenos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
10. Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de alucinógeno para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alucinógeno.

Nota: No se han establecido los síntomas ni los signos de la abstinencia de los alucinógenos, por lo que este criterio no se aplica.

Especificar el alucinógeno en particular.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de otro alucinógeno, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alucinógenos”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de otro alucinógeno, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alucinógenos”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los alucinógenos.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación por alucinógenos o algún otro trastorno mental inducido por alucinógenos, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de alucinógenos. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de alucinógenos viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por los alucinógenos (véase la nota de codificación de la intoxicación por alucinógenos o de un trastorno mental específico inducido por ellos). Por ejemplo, si existe un trastorno psicótico concomitante inducido por alucinógenos, solamente se indica el código del trastorno psicótico inducido por alucinógenos, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de alucinógenos es leve, moderado o grave: F16.159 para un trastorno leve por consumo de alucinógenos con un trastorno psicótico inducido por alucinógenos, o F16.259 para un trastorno moderado o grave por consumo de alucinógenos con un trastorno psicótico inducido por alucinógenos.

Especificar la gravedad actual:

305.30 (F16.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas

304.50 (F16.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas

304.50 (F16.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas

Intoxicación por fenciclidina

- A. Consumo reciente de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar).
- B. Cambios de comportamiento problemáticos clínicamente significativos (p. ej. belicosidad, agresividad, impulsividad, imprevisibilidad, agitación psicomotora, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de fenciclidina.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de una hora:

Nota: Si la droga se fuma, se esnifa o se administra por vía intravenosa, el inicio puede ser especialmente rápido.

- 1. Nistagmo vertical u horizontal.
 - 2. Hipertensión o taquicardia.
 - 3. Entumecimiento o reducción de la respuesta al dolor.
 - 4. Ataxia.
 - 5. Disartria.
 - 6. Rigidez muscular.
 - 7. Convulsiones o coma.
 - 8. Hiperacusia.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código del CIE-9-MC es **292.89**. El código del CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de fenciclidina. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de fenciclidina, el código CIE-10-MC es **F16.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de fenciclidina, el código CIE-10-MC es **F16.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de fenciclidina, el código CIE-10-MC es **F16.929**.

Intoxicación por otro alucinógeno

- A. Consumo reciente de un alucinógeno (distinto de la fenciclidina).
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. ansiedad o depresión notables, ideas de referencia, miedo a “perder la cabeza”, ideas paranoides, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo del alucinógeno.
- C. Cambios en la percepción que suceden estando plenamente despierto y alerta (p. ej. intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, pérdida de contacto con la realidad, ilusiones, alucinaciones, sinestesias) que aparecen durante o poco después del consumo de alucinógenos.
- D. Dos (o más) de los signos siguientes que aparecen durante o poco después de consumir el alucinógeno:
 - 1. Dilatación pupilar.
 - 2. Taquicardia.
 - 3. Sudoración.
 - 4. Palpitaciones.
 - 5. Visión borrosa.
 - 6. Temblores.
 - 7. Incoordinación.
- E. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código del CIE-9-MC es **292.89**. El código del CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de alucinógenos. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F16.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F16.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F16.929**.

Trastorno de percepción persistente por alucinógenos

292.89 (F16.983)

- A. Volver a experimentar uno o más síntomas de tipo perceptual como los que se experimentaron durante la intoxicación con el alucinógeno después de haber cesado su consumo (es decir, alucinaciones geométricas, percepciones erróneas de movimiento en los campos visuales periféricos, destellos de color, intensificación de los colores, rastros tras las imágenes de objetos en movimiento, imágenes remanentes positivas, halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia).
 - B. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - C. Los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica (p. ej. lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, afectación visual de la epilepsia) y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej. síndrome confusional, trastorno neurocognitivo mayor, esquizofrenia) o alucinaciones hipnopómpicas.
-

Otros trastornos inducidos por la fenciclidina

En otros capítulos del manual se describen otros trastornos inducidos por la fenciclidina, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por la fenciclidina ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"), trastorno bipolar inducido por la fenciclidina ("Trastorno bipolar y trastornos relacionados"), trastorno depresivo inducido por la fenciclidina ("Trastornos depresivos") y trastorno de ansiedad inducido por la fenciclidina ("Trastornos de ansiedad"). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación por fenciclidina, véanse los criterios y la discusión del síndrome confusional en

el capítulo “Trastornos neurocognitivos”. Estos trastornos provocados por la fenciclidina solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación por fenciclidina cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastornos inducidos por otros alucinógenos

Los siguientes trastornos inducidos por otros alucinógenos se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por otros alucinógenos (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”), trastorno bipolar inducido por otros alucinógenos (“Trastorno bipolar y trastornos relacionados”), trastorno depresivo inducido por otros alucinógenos (“Trastornos depresivos”) y trastorno de ansiedad inducido por otros alucinógenos (“Trastornos de ansiedad”). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación por otros alucinógenos, véanse los criterios y la discusión del síndrome confusional en el capítulo “Trastornos neurocognitivos”. Estos trastornos provocados por los alucinógenos solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación por otros alucinógenos cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado

292.9 (F16.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la fenciclidina 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 ningún trastorno específico relacionado con la fenciclidina o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado

292.9 (F16.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con un alucinógeno 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 ningún trastorno específico relacionado con un alucinógeno o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con los inhalantes

Trastorno por consumo de inhalantes

- A. Un modelo problemático de consumo de una sustancia inhalante a base de hidrocarburos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al, menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume un inhalante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo del inhalante.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el inhalante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un inhalante.

5. Consumo recurrente de un inhalante que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de un inhalante a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su consumo.
7. El consumo del inhalante provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de un inhalante en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo del inhalante a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por esa sustancia.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de inhalante para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de inhalante.

Especificar el inhalante en particular: Cuando sea posible se debe indicar el nombre de la sustancia específica (p. ej. “Trastorno por consumo de disolventes”).

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de inhalantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir inhalantes”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de inhalantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir inhalantes”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los inhalantes.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación por inhalantes o cualquier otro trastorno mental inducido por ellos, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de inhalantes. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de inhalantes viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por ellos (véase la nota de codificación de la intoxicación por inhalantes, o de un trastorno mental específico inducido por ellos). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por inhalantes y un trastorno por consumo de inhalantes concomitantes, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por inhalantes, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de inhalantes es leve, moderado o grave: F18.14 para un trastorno leve por consumo de inhalantes con un trastorno depresivo inducido por inhalantes o F18.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de inhalantes con un trastorno depresivo inducido por inhalantes.

Especificar la gravedad actual:

305.90 (F18.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

304.60 (F18.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

304.60 (F18.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Intoxicación por inhalantes

- A. Exposición reciente y breve, intencionada o no, a sustancias inhalantes, incluidos hidrocarburos volátiles como el tolueno o la gasolina.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. belicosidad, agresividad, apatía, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de inhalantes.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo del inhalante:

1. Mareos.
 2. Nistagmo.
 3. Incoordinación.
 4. Habla pastosa.
 5. Marcha insegura.
 6. Aletargamiento.
 7. Reducción de reflejos.
 8. Retraso psicomotor.
 9. Temblores.
 10. Debilidad muscular generalizadas.
 11. Visión borrosa o diplopia.
 12. Estupor o coma.
 13. Euforia.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código del CIE-9-MC es **292.89**. El código del CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de inhalantes. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18.929**.

Otros trastornos inducidos por los inhalantes

Los siguientes trastornos inducidos por los inhalantes se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por inhalantes ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"), trastorno depresivo inducido por inhalantes ("Trastornos depresivos"), trastorno de ansiedad inducido por inha-

lantes (“Trastornos de ansiedad”) y trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por inhalantes (“Trastornos neurocognitivos”). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación por inhalantes, véanse los criterios y la discusión del síndrome confusional en el capítulo “Trastornos neurocognitivos”. Estos trastornos provocados por los inhalantes solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación por inhalantes cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con los inhalantes no especificado

292.9 (F18.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los inhalantes que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con los inhalantes o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con una sustancia.

Trastornos relacionados con los opiáceos

Trastorno por consumo de opiáceos

- A. Un modelo problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consumen opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de opiáceos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir opiáceos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos.
5. Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de opiáceos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un opiáceo.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los opiáceos (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de opiáceos, págs. 290–291).
 - b. Se consumen opiáceos (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En terapia de mantenimiento: Este especificador adicional se utiliza si el individuo está tomando algún medicamento agonista con receta, como metadona o buprenorfina y no cumple ninguno de los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos de esa clase de medicamentos (excepto tolerancia o abstinencia del agonista). Esta categoría también se aplica a los individuos en tratamiento con un agonista parcial, un agonista/antagonista o un antagonista completo como naltrexona oral o depot.

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los opiáceos.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de opiáceos, o cualquier otro trastorno mental inducido por ellos, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de opiáceos. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de opiáceos viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por ellos (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia de opiáceos, o de un trastorno mental específico inducido por ellos). Por ejemplo, si existe un trastorno depre-

sivo inducido por los opiáceos y un trastorno por consumo de opiáceos concomitantes, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por los opiáceos, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de opiáceos es leve, moderado o grave: F11.14 para un trastorno leve por consumo de opiáceos con un trastorno depresivo inducido por opiáceos, o F11.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de opiáceos con un trastorno depresivo inducido por opiáceos.

Especificar la gravedad actual:

305.50 (F11.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

304.00 (F11.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

304.00 (F11.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Intoxicación por opiáceos

- A. Consumo reciente de un opiáceo.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o retraso psicomotores, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos.
- C. Contracción pupilar (o dilatación debida a una anoxia en caso de sobredosis grave) y uno (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos:
 - 1. Somnolencia o coma.
 - 2. Habla pastosa.
 - 3. Deterioro de la atención o de la memoria.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se puede utilizar en las raras ocasiones en las que aparecen alucinaciones con una prueba de realidad inalterada, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de opiáceos y de si aparecen o no alteraciones de la percepción.

Para la intoxicación por opiáceos sin alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.929**.

Para la intoxicación por opiáceos con alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.122**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.222**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.922**.

Abstinencia de opiáceos

292.0 (F11.23)

- A. Presencia de alguno de los hechos siguientes:
1. Cese (o reducción) de un consumo de opiáceos que ha sido muy intenso y prolongado (es decir, varias semanas o más).
 2. Administración de un antagonista de los opiáceos tras un consumo prolongado de opiáceos.
- B. Tres (o más) de los hechos siguientes, que aparecen en el plazo de unos minutos o varios días tras el Criterio A:
1. Humor disfórico.
 2. Náuseas o vómitos.
 3. Dolores musculares.
 4. Lagrimeo o rinorrea.
 5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
 6. Diarrea.

7. Bostezos.
 8. Fiebre.
 9. Insomnio.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-CM es 292.0. El código CIE-10-CM de abstinencia de opiáceos es F11.23. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de opiáceos, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de opiáceos solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de opiáceos. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de opiáceos cuando existe una abstinencia de estos.

Otros trastornos inducidos por los opiáceos

Los siguientes trastornos inducidos por los opiáceos se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno depresivo inducido por los opiáceos ("Trastornos depresivos"), trastorno de ansiedad inducido por los opiáceos ("Trastornos de ansiedad"), trastorno del sueño inducido por los opiáceos ("Trastornos del sueño-vigilia") y disfunción sexual inducida por los opiáceos ("Disfunciones sexuales"). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación por opiáceos y al síndrome confusional por abstinencia de opiáceos, véanse los criterios y la discusión del síndrome confusional en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos provocados por los opiáceos solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia por opiáceos cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con los opiáceos no especificado

292.9 (F11.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los opiáceos 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 ningún trastorno específico relacionado con los opiáceos o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con una sustancia.

Trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- A. Un modelo problemático de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
5. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; desatención de los niños o del hogar).
6. Consumo continuado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej. discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
7. El consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej. cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos).
9. Se continúa con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un sedante, un hipnótico o un ansiolítico.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica adecuada.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

- a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, págs. 296–297).
- b. Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (o alguna sustancia muy similar, como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica adecuada.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o cualquier otro trastorno mental inducido por ellos, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por ellos (véase la nota de codifica-

ción de la intoxicación o abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o de un trastorno mental específico inducido por ellos). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos concomitantes, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, cuyo carácter en 4^a posición indica si el trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es leve, moderado o grave: **F13.14** para un trastorno leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con un trastorno depresivo inducido por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o **F13.24** para un trastorno moderado o grave por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con un trastorno depresivo inducido por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Especificar la gravedad actual:

305.40 (F13.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

304.10 (F13.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

304.10 (F13.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- A. Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. comportamiento inapropiado sexual o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
 - 1. Habla pastosa.
 - 2. Incoordinación.
 - 3. Marcha insegura.
 - 4. Nistagmo.
 - 5. Trastorno cognitivo (p. ej. atención, memoria).
 - 6. Estupor o coma.

- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el código CIE-10-MC es **F13.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el código CIE-10-MC es **F13.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el código CIE-10-MC es **F13.929**.

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- A. Cese (o reducción) de un consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que ha sido prolongado.
- B. Aparecen dos (o más) de los hechos siguientes al cabo de unas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos descrito en el Criterio A:
1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej. sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).
 2. Temblores de las manos.
 3. Insomnio.
 4. Náuseas o vómitos.
 5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
 6. Agitación psicomotora.
 7. Ansiedad.
 8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se puede usar cuando hay alucinaciones con una prueba de realidad inalterada, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.0**. El código CIE-10-MC para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos depende de si existe o no un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y de si aparecen o no alteraciones de la percepción. El código CIE-10-MC para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos sin trastornos en la percepción es **F13.239**. El código CIE-10-MC para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con trastornos la percepción es **F13.232**. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave de su consumo. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos cuando existe una abstinencia de estos.

Otros trastornos inducidos por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Los siguientes trastornos inducidos por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"), trastorno bipolar inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ("Trastorno bipolar y trastornos relacionados"), trastorno

depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (“Trastornos depresivos”), trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (“Trastornos de ansiedad”), trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (“Trastornos del sueño-vigilia”), disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (“Disfunciones sexuales”) y trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (“Trastornos neurocognitivos”). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y al síndrome confusional por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, véanse los criterios y la discusión del síndrome confusional en el capítulo “Trastornos neurocognitivos”. Estos trastornos provocados por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

292.9 (F13.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos 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 ningún trastorno específico relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con una sustancia.

Trastornos relacionados con los estimulantes

Trastorno por consumo de estimulantes

- A. Un modelo de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.
 5. Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
 7. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provocan un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

300 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

- a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

- a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los estimulantes (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de estimulantes, pág. 304).
- b. Se consume el estimulante (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los estimulantes.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de anfetamina, o cualquier otro trastorno mental inducido por ellas, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de anfetamina. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de anfetamina viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por ellas (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia de anfetamina, o de un trastorno mental específico inducido por ellas). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes y un trastorno concomitante por consumo de dichas sustancias, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de sustancias anfetamínicas u otros estimulantes es leve, moderado o grave: F15.14 para un trastorno leve por consumo de sustancias anfetamínicas u otros estimulantes con un trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes, o F15.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias anfetamínicas u otros estimulantes con un trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes. Igualmente, si existe un trastorno depresivo inducido por la cocaína y un trastorno por consumo de cocaína concomitantes, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por la cocaína cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de cocaína es leve, moderado o grave: F14.14 para un trastorno leve por consumo de cocaína con un trastorno depresivo inducido por la cocaína o F14.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de cocaína con un trastorno depresivo inducido por la cocaína.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Presencia de 2–3 síntomas

305.70 (F15.10) Sustancia anfetamínica

305.60 (F14.10) Cocaína

305.70 (F15.10) Otro estimulante o un estimulante no especificado

Moderado: Presencia de 4–5 síntomas

304.40 (F15.20) Sustancia anfetamínica

302 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

304.20 (F14.20) Cocaína

304.40 (F15.20) Otro estimulante o un estimulante no especificado

Grave: Presencia de 6 o más síntomas

304.40 (F15.20) Sustancia anfetamínica

304.20 (F14.20) Cocaína

304.40 (F15.20) Otro estimulante o un estimulante no especificado

Intoxicación por estimulantes

- A. Consumo reciente de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. euforia o embotamiento afectivo, cambios en la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o rabia; comportamientos estereotípicos, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante:
 - 1. Taquicardia o bradicardia.
 - 2. Dilatación pupilar.
 - 3. Tensión arterial elevada o reducida.
 - 4. Sudoración o escalofríos.
 - 5. Náuseas o vómitos.
 - 6. Pérdida de peso.
 - 7. Agitación o retraso psicomotores.
 - 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas.
 - 9. Confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afeción médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Especificar la sustancia específica (es decir, sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante).

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se puede usar cuando hay alucinaciones con una prueba de realidad inalterada, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC depende de si el estimulante es una anfetamina, cocaína u otro estimulante, de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de anfetamina, cocaína u otro estimulante y de si aparecen o no alteraciones de la percepción.

Para la intoxicación por anfetamina, cocaína u otro estimulante, sin alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.929**. Igualmente, si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.129**, y si existe un trastorno concomitante de consumo moderado o grave de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.929**.

Para la intoxicación por anfetamina, cocaína u otro estimulante, con alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.122**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.222**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.922**. Igualmente, si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.122**, y si existe un trastorno concomitante de consumo moderado o grave de cocaína, el código

CIE-10-MC es **F14.222**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.922**.

Abstinencia de estimulantes

- A. Cese (o reducción) de un consumo prolongado de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.
- B. Humor disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen en el plazo de unas horas o varios días tras el Criterio A:
 - 1. Fatiga.
 - 2. Sueños vívidos y desagradables.
 - 3. Insomnio o hipersomnia.
 - 4. Aumento del apetito.
 - 5. Retraso psicomotor o agitación.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Especificar la sustancia específica que provoca el síndrome de abstinencia (es decir, sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante).

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.0**. El código CIE-10-MC depende de si el estimulante es una anfetamina, la cocaína u otro. El código CIE-10-MC para la abstinencia de anfetamina u otros estimulantes es **F15.23**, y el código CIE-10-MC para la abstinencia de cocaína es **F14.23**. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de anfetamina, cocaína u otros estimulantes, lo que refleja el hecho de que la abstinencia solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de anfetamina, cocaína u otros estimulantes. No es admisible codificar un trastorno

concomitante leve por consumo de anfetamina, cocaína u otros estimulantes cuando existe una abstinencia de estos

Otros trastornos inducidos por los estimulantes

Los siguientes trastornos inducidos por los estimulantes (que incluye los trastornos inducidos por la anfetamina, la cocaína y otros estimulantes) se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por estimulantes (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”), trastorno bipolar inducido por los estimulantes (“Trastorno bipolar y trastornos relacionados”), trastorno depresivo inducido por estimulantes (“Trastornos depresivos”), trastorno de ansiedad inducido por estimulantes (“Trastornos de ansiedad”), trastorno obsesivo-compulsivo inducido por estimulantes (“Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”), trastorno del sueño inducido por estimulantes (“Trastornos del sueño-vigilia”) y disfunción sexual inducida por estimulantes (“Disfunciones sexuales”). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación por estimulantes, véanse los criterios y la discusión del síndrome confusional en el capítulo “Trastornos neurocognitivos”. Estos trastornos provocados por los estimulantes solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia por estimulantes cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con los estimulantes no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los estimulantes 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 ningún trastorno específico re-

lacionado con los estimulantes o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con una sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.9**. El código CIE-10-MC depende de si el estimulante es una anfetamina, la cocaína u otro. El código CIE-10-MC para un trastorno no especificado relacionado con la anfetamina u otro estimulante es **F15.99**. El código CIE-10-MC para un trastorno no especificado relacionado con la cocaína es **F14.99**.

Trastornos relacionados con el tabaco

Trastorno por consumo de tabaco

- A. Un modelo problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.
 5. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. interferencia con el trabajo).
 6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).

7. El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej. fumar en la cama).
9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de tabaco).
 - b. Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En terapia de mantenimiento: El individuo está tomando una medicación de mantenimiento desde hace tiempo, como un sustituto de la nicotina, y no cumple ningún criterio del trastorno por

consumo de tabaco para esa clase de medicación (salvo tolerancia o abstinencia de la medicación sustitutiva de la nicotina).

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al tabaco.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe un síndrome de abstinencia de tabaco o un trastorno del sueño inducido por él, no deben utilizarse los códigos siguientes para un trastorno por consumo de tabaco. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de tabaco viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por el tabaco (véase la nota de codificación abstinencia de tabaco o del trastorno del sueño inducido por el tabaco). Por ejemplo, si existe un trastorno concomitante del sueño inducido por el tabaco y un trastorno por consumo de tabaco, solamente se indicará el código del trastorno del sueño inducido por el tabaco cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de tabaco es moderado o grave: F17.208 para un trastorno moderado o grave por consumo de tabaco con un trastorno del sueño inducido por el tabaco. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de tabaco cuando existe un trastorno del sueño inducido por el tabaco.

Especificar la gravedad actual:

305.1 (Z72.0) Leve: Presencia de 2–3 síntomas

305.1 (F17.200) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas

305.1 (F17.200) Grave: Presencia de 6 o más síntomas

Abstinencia de tabaco

292.0 (F17.203)

- A. Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.
- B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:
 1. Irritabilidad, frustración o rabia.
 2. Ansiedad.

3. Dificultad para concentrarse.
 4. Aumento del apetito.
 5. Intranquilidad.
 6. Estado de ánimo deprimido.
 7. Insomnio.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es 292.0. El código CIE-10-MC para la abstinencia de tabaco es F17.203. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de tabaco, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de tabaco solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de este. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de tabaco con una abstinencia de este.

Otros trastornos inducidos por el tabaco

El trastorno del sueño inducido por el tabaco se revisa en el capítulo de los “Trastornos del sueño-vigilia” (véase “Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos”).

Trastorno relacionado con el tabaco no especificado

292.9 (F17.209)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el tabaco 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 ningún trastorno específico relacionado con los estimulantes o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con una sustancia.

Trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

- A. Un modelo problemático de consumo de una sustancia intoxicante que no se puede clasificar en la categoría del alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos (fenciclidina y otros), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes o el tabaco, y que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
 5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su consumo.
7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ella.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. El síndrome de abstinencia característico de otra sustancia (o sustancia desconocida) (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de la abstinencia de otra sustancia [o sustancia desconocida], págs. 313–314).
 - b. Se consume la sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida), no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo otra sustancia (o sustancia desconocida), no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Cri-

312 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

terio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a la sustancia.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si existe una intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida), una abstinencia de otra sustancia (o sustancia desconocida) u otro trastorno mental inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida). En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) viene indicado por el carácter en 4^a posición del código del trastorno inducido por esa sustancia (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia de otra sustancia [o sustancia desconocida], o del trastorno mental específico inducido por otra sustancia [o sustancia desconocida]). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida) y un trastorno concomitante por consumo de dicha sustancia, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), cuyo carácter en 4^a posición indica si el trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) es leve, moderado o grave: F19.14 para un trastorno leve por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) con un trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida) o F19.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) con un trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida).

Especificar la gravedad actual:

305.90 (F19.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

304.90 (F19.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

304.90 (F19.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas)

- A. La aparición de un síndrome reversible específico de una sustancia, que se puede atribuir a la ingestión reciente (o al contacto) de una sustancia que no aparece listada en ningún otro sitio o es desconocida.
- B. Un comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos que se pueden atribuir al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej. trastorno de la coordinación motora, agitación o retraso psicomotor, euforia, ansiedad, belicosidad, humor variable, deterioro cognitivo, juicio alterado, aislamiento social) y aparecen durante o poco después del consumo de la sustancia.
- C. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC depende de si existe un trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) relacionado con la misma sustancia. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) el código CIE-10-MC es **F19.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) el código CIE-10-MC es **F19.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) relacionado con la misma sustancia, el código CIE-10-MC es **F19.929**.

Abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

292.0 (F19.239)

-
- A. Cese (o reducción) del consumo de una sustancia que ha sido intenso y prolongado.
 - B. La aparición de un síndrome específico de la sustancia poco después del cese (o la reducción) de su consumo.

- C. El síndrome específico de la sustancia provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una abstinencia por otra sustancia.
- E. La sustancia implicada no se puede clasificar en ninguna otra categoría (alcohol, cafeína, cannabis, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes o tabaco) o es desconocida.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es 292.0. El código CIE-10-MC para la abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas) es F19.239. Obsérvese que el código del CIE-10-MC indica la presencia de un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida). No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) cuando existe una abstinencia de esta.

Trastornos inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Puesto que la categoría de otras sustancias o sustancias desconocidas es por esencia poco definida, la magnitud y el abanico de trastornos que pueden inducir son inciertos. De todos modos, pueden existir trastornos inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas) y se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) ("Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"), trastorno bipolar inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) ("Trastorno bipolar"), trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) ("Trastornos depresivos"), trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) ("Trastornos de ansiedad"),

trastorno obsesivo-compulsivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (“Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”), trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (“Trastornos del sueño-vigilia”), disfunción sexual inducida por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (“Disfunciones sexuales”) y trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (“Trastornos neurocognitivos”). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas), véanse los criterios y la discusión del síndrome confusional de abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas) en el capítulo “Trastornos neurocognitivos”. Estos trastornos provocados por otras sustancias (o sustancias desconocidas) solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia por otras sustancias (o sustancias desconocidas) cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado

292.9 (F19.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) 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 ningún trastorno específico relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias.

Trastornos no relacionados con sustancias

Juego patológico

312.31 (F63.0)

- A. Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:
1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
 2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
 3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
 4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej. reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
 5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
 6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar ("recuperar" las pérdidas).
 7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
 8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
 9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.
- B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maníaco.

Especificar si:

Episódico: Cumple los criterios diagnósticos en más de una ocasión, si bien los síntomas se apaciguan durante varios meses por lo menos entre periodos de juego patológico.

Persistente: Experimenta síntomas continuamente, cumple los criterios diagnósticos durante varios años.

Especificar si:

En remisión inicial: Tras haber cumplido previamente todos los criterios del juego patológico, no ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses.

En remisión continuada: Tras haber cumplido previamente todos los criterios del juego patológico, no ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de doce meses o más.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Cumple 4–5 criterios.

Moderado: Cumple 6–7 criterios.

Grave: Cumple 8–9 criterios.

Trastornos neurocognitivos

Dominios neurocognitivos

Todos los criterios de los distintos trastornos neurocognitivos se basan en dominios cognitivos definidos. La Tabla 1 ofrece una definición de trabajo de cada uno de los dominios clave, algunos ejemplos de síntomas u observaciones sobre problemas en las actividades cotidianas y ejemplos de evaluaciones. Una vez definidos, los dominios, junto con las directrices sobre umbrales clínicos, constituyen la base sobre la que diagnosticar los trastornos neurocognitivos, sus niveles y sus subtipos. En el DSM-5 se ofrece más información.

TABLA 1 Dominios neurocognitivos

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Atención compleja (atención continua, atención dividida, atención selectiva, velocidad de procesamiento)	<p><i>Mayor:</i> Tiene importantes dificultades en entornos con múltiples estímulos (TV, radio, conversaciones); cualquier cosa que suceda en su entorno le distrae fácilmente. Incapaz de atender a menos que los impulsos de entrada sean limitados y simplificados. Tiene dificultades para retener la información nueva, como recordar números de teléfono o direcciones que le acaban de dar, o explicar lo que se acaba de decir. Incapaz de hacer cálculos mentales. Invierte más tiempo del habitual en pensar, se le han de simplificar los componentes por procesar, a uno o pocos.</p> <p><i>Leve:</i> Tarda más que antes en hacer las tareas normales. Empieza a encontrar errores en las tareas rutinarias, descubre que el trabajo necesita más comprobaciones que antes. Puede pensar mejor cuando no le distraen otras cosas (radio, TV, otras conversaciones, teléfono móvil, conducir).</p>	<p><i>Atención continua:</i> Mantenimiento de la atención a lo largo del tiempo (p. ej., pulsando un botón cada vez que oye una señal acústica o durante un periodo de tiempo).</p> <p><i>Atención selectiva:</i> Mantiene la atención a pesar de los estímulos externos y los factores de distracción: debe escuchar cifras y letras que se leen, pero se le pide que cuente sólo las letras.</p> <p><i>Atención dividida:</i> Realizar dos tareas al mismo tiempo: dar golpecitos rápidos a la vez que se aprende una narración que se lee. La velocidad de procesamiento de cualquier tarea se puede cuantificar cronometrándola (p. ej., tiempo para agrupar bloques de un tipo determinado, tiempo para asociar símbolos con números, velocidad de respuesta, como la velocidad con que se cuenta o en series de tres velocidades)</p>

TABLA 1 Dominios neurocognitivos (cont.)

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Función ejecutiva (planificación, toma de decisiones, memoria de trabajo, respuesta a la retroinformación o corrección de errores, inhibición/hábitos predominantes, flexibilidad mental)	<p><i>Mayor:</i> Abandona proyectos complejos. Se tiene que centrar en una tarea cada vez. Tiene que fiarse de otros para planificar las actividades instrumentales de la vida cotidiana o tomar decisiones.</p> <p><i>Leve:</i> Necesita un esfuerzo mayor para acabar proyectos de varias fases. Tiene grandes dificultades con la multitarea o dificultades para retomar una tarea interrumpida por una visita o una llamada telefónica. Se queja de una mayor fatiga provocada por el esfuerzo adicional necesario para organizarse, planificarse y tomar decisiones. A veces dice que las grandes reuniones sociales son más agotadoras o las disfruta poco a causa del gran esfuerzo necesario para seguir las distintas conversaciones.</p>	<p><i>Planificación:</i> Puede encontrar la salida de un laberinto, interpretar una secuencia de imágenes o una disposición de objetos.</p> <p><i>Toma de decisiones:</i> Realización de tareas que valoran el proceso de decisión ante alternativas diversas (p. ej., apuestas simuladas).</p> <p><i>Memoria de trabajo:</i> Capacidad para retener la información durante un periodo de tiempo breve y manipularla (p. ej., sumar una lista de números o repetir una serie de números o de palabras hacia atrás).</p> <p><i>Retroalimentación/utilización de los errores:</i> Capacidad de aprovechar la retroalimentación para deducir las reglas para resolver un problema.</p> <p><i>Inhibición o hábitos predominantes:</i> Capacidad para escoger una solución más compleja y que requiere más esfuerzo para ser correcta (p. ej., mirar en la dirección contraria a la que indica una flecha, decir el color de las letras de una palabra en lugar de la propia palabra).</p> <p><i>Flexibilidad mental o cognitiva:</i> Capacidad para alternar entre dos conceptos, tareas o reglas de respuesta (p. ej., de números a letras, de respuesta verbal a pulsar una tecla, de sumar números a ordenarlos, de ordenar objetos por tamaño a ordenarlos por color).</p>

TABLA 1 Dominios neurocognitivos (cont.)

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Aprendizaje y memoria (memoria inmediata, memoria reciente [incluidos el recuerdo libre, el recuerdo evocado y la memoria de reconocimiento], memoria a muy largo plazo [semántica, autobiográfica], aprendizaje implícito)	<p><i>Mayor:</i> Se repite en una conversación, a menudo dentro de la misma conversación. No es capaz de seguir una lista breve de artículos para comprar o de planes para el día. Necesita recordatorios frecuentes que le orienten en la tarea que está haciendo.</p> <p><i>Leve:</i> Tiene dificultades para recordar acontecimientos recientes y cada vez depende más de las listas o el calendario. Necesita recuerdos ocasionales o repasos para reconocer los personajes de la película o una novela. Ocasionalmente puede repetirse durante unas semanas con la misma persona. Se olvida de qué facturas están ya pagadas.</p> <p>Nota: Excepto en las formas graves de trastorno neurocognitivo marcado, las memorias semántica, autobiográfica e implícita se conservan de relativamente bien, comparadas con la memoria reciente.</p>	<p><i>Memoria inmediata:</i> Capacidad para repetir una lista de palabras o de números. Nota: A veces la memoria inmediata se incluye en la "Memoria de trabajo" (véase "Función ejecutiva").</p> <p><i>Memoria reciente:</i> Valora el proceso de codificar información nueva (p. ej., listas de palabras, una narración breve o un diagrama). Los aspectos de la memoria reciente que se pueden comprobar son: 1) el recuerdo libre (se pide a la persona que recuerde el máximo número posible de palabras, diagramas o elementos de una narración), 2) el recuerdo evocado (el examinador ayuda a recordar ofreciendo pistas como "Señala los productos alimenticios de la lista" o "Nombra a todos los niños de la narración") y 3) memoria de reconocimiento (el examinador pregunta cosas concretas, p. ej., "¿Estaba la palabra 'manzana' en la lista?" o "¿Has visto este diagrama o este dibujo?") Otros aspectos de la memoria que pueden evaluarse son la memoria semántica (recuerdos de hechos), memoria autobiográfica (recuerdos de episodios personales o de personas) y el aprendizaje implícito (de procedimientos, aprendizaje inconsciente de habilidades).</p>

TABLA 1 Dominios neurocognitivos (cont.)

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Lenguaje (lenguaje expresivo [incluye nombrar cosas, encontrar palabras, fluidez, gramática y sintaxis] y lenguaje receptivo)	<p><i>Mayor:</i> Tiene dificultades significativas con el lenguaje expresivo o receptivo. A menudo utiliza términos generales como “eso” o “ya sabes a lo que me refiero” y prefiere los pronombres personales a los nombres. Cuando el trastorno es grave, puede que no recuerde ni los nombres de los amigos íntimos o de la familia. Puede mostrar tanto un uso idiosincrásico de las palabras, como errores gramaticales, lenguaje espontáneo o economía del habla. Estereotipia del habla, ecolalia y habla automática, que acostumbra a preceder al mutismo.</p> <p><i>Leve:</i> Tiene claras dificultades para encontrar las palabras. A veces sustituye los términos generales por otros específicos. A veces evita usar nombres concretos de personas conocidas. Los errores gramaticales consisten en omisiones sutiles o usos incorrectos de artículos, preposiciones, verbos auxiliares, etcétera.</p>	<p><i>Lenguaje expresivo:</i> Nombres confrontados (identificación de objetos o imágenes), fluidez (p. ej., citar el máximo número posible de elementos de una categoría semántica [p. ej., animales] o fonémica [p. ej., palabras que empiecen por F] en 1 minuto).</p> <p><i>Gramática y sintaxis (omisiones o usos incorrectos de artículos, preposiciones, verbos auxiliares, etc.):</i> los errores observados durante las pruebas de nombres y de fluidez se comparan con los valores normales para valorar la frecuencia de los errores y compararla con los lapsus linguae.</p> <p><i>Lenguaje receptivo:</i> Comprensión (definición de palabras y señalar objetos con estímulos animados e inanimados): realizar acciones o actividades según órdenes verbales.</p>

TABLA 1 Dominios neurocognitivos (cont.)

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Habilidades perceptuales motoras (incluye las habilidades denominadas con los términos <i>percepción visual, habilidades visuomotoras, perceptuales motoras, praxis y gnosia</i>)	<p><i>Mayor:</i> Tiene dificultades significativas con actividades que antes le eran familiares (utilizar herramientas, conducir), desenvolverse en entornos familiares, a menudo más confuso en la penumbra, cuando las sombras y la luz escasa alteran la percepción.</p> <p><i>Leve:</i> Suele depender más de los mapas o de otra gente para encontrar direcciones. Utiliza notas y sigue a otros para llegar a un sitio nuevo. A veces se pierde o da vueltas cuando no se concentra en una tarea. Es menos preciso al aparcar. Tiene que hacer un esfuerzo mayor en las tareas espaciales, como carpintería, montar cosas, coser o hacer punto.</p>	<p><i>Percepción visual:</i> Se puede recurrir a tareas de bisecación con líneas para detectar defectos visuales básicos o falta de atención. Tareas de percepción sin movilidad (como el reconocimiento facial) que requieran la identificación o la coincidencia de imágenes; mejor si no pueden expresarse verbalmente (p. ej., las imágenes no son objetos); algunas requieren la decisión de si una figura puede ser "real" o no en función de sus dimensiones.</p> <p><i>Habilidad visuomotoras:</i> Construcción de elementos que requieren una coordinación entre las manos y la vista, como dibujar, copiar o hacer construcciones de bloques.</p> <p><i>Habilidades perceptuales motoras:</i> Integrar la percepción con un movimiento que tenga una finalidad (p. ej., insertar bloques en un tablero de formas sin ayudas visuales, insertar rápidamente unos palitos en un tablero perforado)</p> <p><i>Praxis:</i> Integridad de movimientos aprendidos como la capacidad de imitar gestos (decir adiós) o el uso de objetos a demanda ("Muéstrame como usarías un martillo").</p> <p><i>Gnosia:</i> Integridad perceptual de la conciencia y el reconocimiento, como reconocimiento de caras y colores.</p>

TABLA 1 Dominios neurocognitivos (cont.)

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Reconocimiento social (reconocimiento de emociones, teoría de la mente)	<p><i>Mayor:</i> Comportamientos claramente alejados de lo socialmente aceptable, muestra insensibilidad ante las normas sociales de corrección en el vestir o en los temas de conversación políticos, religiosos o sexuales. Se centra excesivamente en un tema a pesar de la falta de interés del grupo o aunque se lo digan directamente. Intenciones y comportamientos sin tener en cuenta a la familia ni a los amigos. Toma decisiones sin tener en cuenta la seguridad (p. ej., vestimenta inadecuada para el tiempo o la situación social). Habitualmente presta poca atención a estos cambios.</p> <p><i>Leve:</i> Presenta cambios sutiles de comportamiento o de actitud, a menudo descritos como un cambio de personalidad, como una menor capacidad para identificar claves sociales o leer expresiones faciales, menor empatía, mayor extraversion o introversión, menor inhibición o apatía o nerviosismo sutiles o episódicos.</p>	<p><i>Reconocimiento de emociones:</i> Identificación de la emoción en imágenes de caras que representan diversas emociones tanto positivas como negativas.</p> <p><i>Teoría de la mente:</i> Capacidad para considerar el estado mental de otra persona (pensamientos, deseos, intenciones) o su experiencia; fichas con preguntas para obtener información sobre el estado mental del individuo retratado, como por ejemplo "¿Dónde buscará la niña el bolso perdido?" o "¿Por qué está triste el niño?"</p>

Síndrome confusional

- A. Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
- B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C. Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
- D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Especificar si:

Síndrome confusional por intoxicación por sustancias: Este diagnóstico debe establecerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

Nota de codificación: En la tabla siguiente se indican los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para el síndrome confusional por intoxicación [sustancia específica]. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno por consumo concurrente de una sustancia de la misma clase. Si existe algún trastorno concurrente leve por consumo de una sustancia junto con el síndrome confusional por intoxicación con la sustancia, el carácter en 4ª posición será "1" y el clínico hará constar "trastorno leve por consumo [de sustancia]" delante del síndrome confusional por intoxi-

cación con la sustancia (p ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con síndrome confusional por intoxicación inducido por la cocaína”). Si existe un trastorno concurrente moderado o grave por consumo de una sustancia junto con el síndrome confusional por intoxicación con la sustancia, el carácter en 4ª posición será “2” y el clínico hará constar “trastorno moderado por consumo [de sustancia]” o “trastorno grave por consumo [de sustancia]”, dependiendo de la gravedad del trastorno concurrente por consumo de una sustancia. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), entonces el carácter en 4ª posición será “9” y el clínico solamente hará constar el síndrome confusional por intoxicación con la sustancia.

Síndrome confusional por abstinencia de sustancia: Este diagnóstico solamente debe establecerse en lugar de un diagnóstico de síndrome de abstinencia de una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

Codificar síndrome confusional por abstinencia de [sustancia específica]: **291.0 (F10.231)** alcohol; **292.0 (F11.23)** opiáceo; **292.0 (F13.231)** sedante, hipnótico o ansiolítico; **292.0 (F19.231)** otra sustancia o medicamento (o sustancia o medicamento desconocido).

Síndrome confusional inducido por medicamento: Este diagnóstico se aplica cuando los síntomas de los Criterios A y C surgen como efecto secundario de un medicamento tomado con receta.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para un síndrome confusional inducido por [medicamento específico] es **292.81**. El código CIE-10-MC dependerá del tipo de medicamento. Si el medicamento es un opiáceo tomado como se ha recetado, el código es **F11.921**. Si el medicamento es un sedante, hipnótico o ansiolítico tomado como se ha recetado, el código es **F13.921**. Si el medicamento es una sustancia anfetamínica u otro estimulante tomado como se ha recetado, el código es **F15.921**. Para los medicamentos que no pueden incluirse en ninguna de estas clases (p. ej., dexa-

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.0	F10.121	F10.221	F10.921
Cannabis	292.81	F12.121	F12.221	F12.921
Fenciclidina	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Otro alucinógeno	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Inhalante	292.81	F18.121	F18.221	F18.921
Opiáceo	292.81	F11.121	F11.221	F11.921
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.81	F13.121	F13.221	F13.921
Anfetamina (u otro estimulante)	292.81	F15.121	F15.221	F15.921
Cocaína	292.81	F14.121	F14.221	F14.921
Otras sustancia (o sustancia desconocida)	292.81	F19.121	F19.221	F19.921

metasona) y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica, el código es **F19.921**.

293.0 (F05) Síndrome confusional debido a otra afección médica: En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración puede atribuirse a una consecuencia fisiológica de otra afección médica.

Nota de codificación: Incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del síndrome confusional (p. ej., 293.0 [F05] síndrome confusional debido a una encefalopatía hepática). La otra afección médica también se debe codificar y

citar por separado inmediatamente antes del síndrome confusional debido a ella (p. ej., 572.2 [K72.90] encefalopatía hepática; 293.0 [F05] síndrome confusional debido a una encefalopatía hepática).

293.0 (F05) Síndrome confusional debido a etiologías múltiples: En la anamnesis, en la exploración física o en los análisis clínicos se obtienen evidencias de que el síndrome confusional tiene más de una etiología (p. ej., más de una afección médica etiológica, otra afección médica más una intoxicación por una sustancia o un efecto secundario de un medicamento).

Nota de codificación: Utilice varios códigos separados para indicar las etiologías específicas del síndrome confusional (p. ej., 572.2 [K72.90] encefalopatía hepática; 293.0 [F05] síndrome confusional debido a una insuficiencia hepática; 291.0 [F10.231] síndrome confusional por abstinencia alcohólica). Obsérvese que la afección médica etiológica aparece tanto con un código separado que precede al código del síndrome confusional, como citada en el síndrome confusional a causa de otra afección médica.

Especificar si:

Agudo: Dura unas horas o días.

Persistente: Dura semanas o meses.

Especificar si:

Hiperactivo: El individuo tiene un nivel hiperactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de humor lábil, agitación o rechazo a cooperar con su asistencia médica.

Hipoactivo: El individuo tiene un nivel hipoactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de lentitud y aletargamiento próximos al estupor.

Nivel de actividad mixto: El individuo tiene un nivel normal de actividad psicomotora aunque la atención y la percepción estén alteradas. También incluye de individuos cuyo nivel de actividad fluctúa rápidamente.

Procedimientos de registro

Síndrome confusional por intoxicación por sustancias.

CIE-9-MC. El nombre del síndrome confusional por intoxicación con una sustancia o medicamento comienza con la sustancia específica que se supone que es la causante del síndrome confusional (p. ej., cocaína, dexametasona). 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 sustancia, se utilizará la categoría “sustancia desconocida”.

El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). A diferencia de los procedimientos de registro del CIE-10-MC, que combina en un mismo código el síndrome confusional por intoxicación con una sustancia o medicamento 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 un síndrome confusional por intoxicación, agudo e hiperactivo, en un individuo con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es 292.81 síndrome confusional por intoxicación con cocaína, agudo, hiperactivo. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.20 trastorno grave por consumo de cocaína. Si el síndrome confusional por intoxicación sucede sin que exista un trastorno concurrente por consumo de sustancia (es decir, después de un consumo fuerte puntual de una sustancia), no se anota ningún trastorno concurrente por consumo de sustancia (p. ej., 292.81 síndrome confusional por intoxicación con fenciclidina, agudo, hipoactivo).

CIE-10-MC. El nombre del síndrome confusional por intoxicación con sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante del síndrome confusional. 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 con-

sumo 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 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 síndrome confusional por intoxicación de sustancias, seguida por el curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). Por ejemplo, en el caso de un síndrome confusional por intoxicación, agudo e hiperactivo, en un individuo con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.221 trastorno grave por consumo de cocaína con síndrome confusional por intoxicación con cocaína, agudo, hiperactivo. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de cocaína. Si el síndrome confusional por intoxicación se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (es decir, después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F16.921 síndrome confusional por intoxicación con fenciclidina, agudo hipoactivo).

Síndrome confusional por abstinencia de sustancias.

CIE-9-MC. El nombre del síndrome confusional por abstinencia de una sustancia o medicamento empieza con la sustancia específica que se supone que está provocándolo (p. ej., alcohol). El código diagnóstico se escoge de los códigos específicos de cada sustancia incluidos en la nota de codificación del conjunto de criterios. El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). A diferencia del método de registro del CIE-10-MC, que combina en un único código el síndrome confusional por abstinencia de una sustancia o medicamento con el trastorno por consumo de una sustancia, en el CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico distinto para el trastorno por consumo de la sustancia. Por ejemplo, en el caso de un síndrome confusional por abstinencia agudo e hiperactivo que sucediera en un

hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico sería 291.0 síndrome confusional por trastorno grave por consumo de alcohol, agudo e hiperactivo. También se añade un diagnóstico adicional de 303.90 trastorno grave por consumo de alcohol.

CIE-10-MC. El nombre del síndrome confusional por abstinencia de una sustancia o medicamento empieza con la sustancia específica que se supone que está provocándolo (p. ej., alcohol). El código diagnóstico se escoge de los códigos específicos de cada sustancia incluidos en la nota de codificación del conjunto de criterios. Cuando se registra el nombre del trastorno, se indica a primer lugar el trastorno concurrente por consumo moderado o grave de la sustancia (si existe), seguido de la palabra “con”, seguida del nombre del síndrome confusional por abstinencia de la sustancia, seguida por el curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). Por ejemplo, en el caso de un síndrome confusional por abstinencia agudo e hiperactivo que sucediera en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico sería F10.231 trastorno grave por consumo de alcohol con síndrome confusional por abstinencia alcohólica, agudo e hiperactivo. No se indica un diagnóstico separado para el trastorno grave por consumo de alcohol.

Síndrome confusional inducido por medicamentos. El nombre del síndrome confusional por intoxicación con un medicamento empieza con la sustancia específica que se considera la causante del síndrome confusional (p. ej., dexametasona). El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). Por ejemplo, en el caso de un síndrome confusional inducido por un medicamento, agudo e hiperactivo, que apareciera en un hombre tratado con dexametasona como se le ha recetado, el diagnóstico es 292.81 (F19.921) síndrome confusional inducido por dexametasona, agudo e hiperactivo.

Otro síndrome confusional especificado

780.09 (R41.0)

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un síndrome confusional, que provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del síndrome confusional ni de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos neurocognitivos. La categoría de Otro síndrome confusional especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico desea comunicar el motivo específico por el que el cuadro clínico no cumple los criterios de ningún síndrome confusional ni ningún trastorno neurocognitivo específico. Se anota "Otro síndrome confusional especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "Síndrome confusional atenuado").

Un ejemplo de un cuadro clínico que puede especificarse utilizando la designación de "otro especificado" es el siguiente:

Síndrome confusional atenuado: Este síndrome se aplica en los casos de síndrome confusional en que la gravedad del trastorno cognitivo se queda corto con respecto a lo que exige el diagnóstico, o bien cumple algunos de los criterios diagnósticos del síndrome confusional pero no todos.

Síndrome confusional no especificado

780.09 (R41.0)

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

Trastornos neurocognitivos mayores y leves

Trastorno neurocognitivo mayor

- A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:
1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
 2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar si debido a:

Enfermedad de Alzheimer (págs. 337, 341–342)

Degeneración del lóbulo frontotemporal (págs. 342–344)

Enfermedad por cuerpos de Lewy (págs. 344–345)

Enfermedad vascular (págs. 345–346)

Traumatismo cerebral (págs. 347–348)

Consumo de sustancia o medicamento (págs. 348–352)

Infección por VIH (págs. 352–353)

Enfermedad por priones (págs. 353–354)

Enfermedad de Parkinson (págs. 354–355)

Enfermedad de Huntington (págs. 355–356)

Otra afección médica (pág. 356)

Etiologías múltiples (págs. 357–358)

No especificado (pág. 358)

Nota de codificación: Código basado en una etiología médica o de una sustancia. En algunos casos existe la necesidad de usar un código adicional para un problema médico etiológico, que debe preceder inmediatamente al código del diagnóstico del trastorno neurocognitivo mayor, como se muestra en la tabla de las páginas 338–340.

Especificar:

Sin alteración del comportamiento: Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

Con alteración del comportamiento (*especificar la alteración*): Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dificultades con las actividades instrumentales cotidianas (es decir, tareas del hogar, gestión del dinero).

Moderado: Dificultades con las actividades básicas cotidianas (p. ej., comer, vestirse).

Grave: Totalmente dependiente.

Trastorno neurocognitivo leve

- A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:
1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y

2. Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar si debido a:

Enfermedad de Alzheimer (págs. 337, 341–342)

Degeneración del lóbulo frontotemporal (págs. 342–344)

Enfermedad por cuerpos de Lewy (págs. 344–345)

Enfermedad vascular (págs. 345–346)

Traumatismo cerebral (págs. 347–348)

Consumo de sustancia o medicamento (págs. 348–352)

Infección por VIH (págs. 352–353)

Enfermedad por priones (págs. 353–354)

Enfermedad de Parkinson (págs. 354–355)

Enfermedad de Huntington (págs. 355–356)

Otra afección médica (pág. 356)

Etiologías múltiples (págs. 357–358)

No especificado (pág. 358)

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo leve debido a cualquiera de las etiologías médicas citadas, aplicar el código **331.83 (G31.84)**. No usar códigos adicionales para las supuestas afecciones médicas etiológicas. Para un trastorno neurocognitivo leve inducido por una sustancia o un medicamento, aplicar el código en base al tipo de sustancia. Véase “Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por una sustancia o un medicamento”. Para un trastorno neurocognitivo leve no especificado aplicar el código **799.59 (R41.9)**.

Especificar:

Sin alteración del comportamiento: Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

Con alteración del comportamiento (*especificar la alteración*): Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).
- C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

Para el trastorno neurocognitivo mayor:

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la **enfermedad de Alzheimer posible**.

- 1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
- 2. Aparecen los tres siguientes:
 - a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).
 - b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

Subtipo etiológico	Código médico etiológico asociado al trastorno neurocognitivo mayor ^a	Código del trastorno neurocognitivo mayor ^b	Código del trastorno neurocognitivo leve ^c
Enfermedad de Alzheimer	Probable: 331.0 (G30.9) Posible: sin código médico adicional	Probable: 294.1x (F02.8x) Posible: 331.9 (G31.9) ^c	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la enfermedad de Alzheimer.)
Degeneración del lóbulo fronto-temporal	Probable: 331.19 (G31.09) Posible: sin código médico adicional	Probable: 294.1x (F02.8x) Posible: 331.9 (G31.9) ^c	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la degeneración frontotemporal.)
Enfermedad por cuerpos de Lewy	Probable: 331.82 (G31.83) Posible: sin código médico adicional	Probable: 294.1x (F02.8x) Posible: 331.9 (G31.9) ^c	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la enfermedad por cuerpos de Lewy.)
Enfermedad vascular	Sin código médico adicional	Probable: 290.40 (F01.5x) Posible: 331.9 (G31.9) ^c	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la enfermedad vascular.)
Traumatismo cerebral	907.0 (S06.2X9S)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para el traumatismo cerebral.)

Subtipo etiológico	Código médico asociado al trastorno neurocognitivo mayor ^a	Código del trastorno neurocognitivo mayor ^b	Código del trastorno neurocognitivo leve ^c
Intoxicación por sustancias o medicamentos	Sin código médico adicional	Código basado en el tipo de sustancia causante del trastorno neurocognitivo mayor ^{c, d}	Código basado en el tipo de sustancia causante del trastorno neurocognitivo leve ^d
Infección por VIH	042 (B20)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la infección por VIH.)
Enfermedad por priones	046.79 (A81.9)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para una Enfermedad por priones.)
Enfermedad de Parkinson	Probable: 332.0 (G20) Posible: sin código médico adicional	Probable: 294.1x (F02.8x) Posible: 331.9 (G31.9) ^c	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la enfermedad de Parkinson.)
Enfermedad de Huntington	333.4 (G10)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la enfermedad de Huntington.)

Subtipo etiológico	Código médico etiológico asociado al trastorno neurocognitivo mayor ^a	Código del trastorno neurocognitivo mayor ^b	Código del trastorno neurocognitivo leve ^c
Debido a otra afección médica	Codificar primero la otra afección médica (p. ej., 340 [G35] esclerosis múltiple)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84)
Debido a etiologías múltiples	Codificar primero todas las afecciones médicas etiológicas (con excepción de la enfermedad vascular)	294.1x (F02.8x) (Más el código correspondiente de los trastornos neurocognitivos mayores inducidos por una sustancia o medicación, si la sustancia o la medicación tienen algún papel en la etiología. No usar tancia o la medicación tienen algún papel en la etiología.)	331.83 (G31.84) (Más el código correspondiente de los trastornos neurocognitivos leves inducidos por una sustancia o medicación, si la sustancia o la medicación tienen algún papel en la etiología. No usar códigos adicionales para las presuntas afecciones médicas etiológicas.)
Trastorno neurocognitivo no especificado	Sin código médico adicional	799.59 (R41.9)	799.59 (R41.9)

^aCodificar en primer lugar, antes del código del trastorno neurocognitivo mayor.

^bCodificar el quinto carácter en función del especificador sintomático: .x0 sin alteración del comportamiento; .x1 con alteración del comportamiento; .x2 con alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

^c**Nota:** La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.

^dVéase "Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias o medicamentos."

- c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

Para un trastorno neurocognitivo leve:

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer posible** si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares

1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.
 2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
 3. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).
- D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer con alteración del comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer. Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.10 (F02.80)** trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento.

Para un trastorno neurocognitivo mayor posible debido a la enfermedad de Alzheimer, codificar **331.9 (G31.9)** trastorno neurocognitivo mayor posible debido a la enfermedad de Alzheimer. (**Nota:** No aplicar el código adicional de la enfermedad de Alzheimer. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** No aplicar el código adicional de la enfermedad de Alzheimer. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.
- C. Aparece (1) o (2):
 - 1. Variante de comportamiento:
 - a. Tres o más de los siguientes síntomas comportamentales:
 - i. Desinhibición del comportamiento.
 - ii. Apatía o inercia.
 - iii. Pérdida de simpatía o empatía.
 - iv. Comportamiento conservador, estereotipado o compulsivo y ritualista.
 - v. Hiperoralidad y cambios dietéticos.
 - b. Declive destacado de la cognición social o de las capacidades ejecutivas.
 - 2. Variante de lenguaje:
 - a. Declive destacado de la habilidad para usar el lenguaje, ya sea en forma de producción del habla, elección de las palabras, denominación de objetos, gramática o comprensión de las palabras.

- D. Ausencia relativa de las funciones perceptual motora, de aprendizaje y memoria.
- E. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo frontotemporal probable** si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario se diagnosticará un **trastorno neurocognitivo frontotemporal posible**:

1. Evidencias de una mutación genética causante de un trastorno neurocognitivo frontotemporal, ya sea en los antecedentes familiares o con una prueba genética.
2. Evidencias de una afección desproporcionada del lóbulo frontal o temporal en el diagnóstico por la imagen neurológica.

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo frontotemporal posible** si no hay evidencias de una mutación genética y no se ha hecho un diagnóstico por la imagen neurológica.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, con alteración del comportamiento, codificar primero **331.19 (G31.09)** enfermedad frontotemporal, seguido de **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor probable debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, con alteración del comportamiento. Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.19 (G31.09)** enfermedad frontotemporal, seguido de **294.10 (F02.80)** trastorno neurocognitivo mayor probable debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, sin alteración del comportamiento.

Para un trastorno neurocognitivo mayor posible debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, codificar **331.9 (G31.9)** trastorno neurocognitivo mayor posible debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal. (**Nota:** No usar un código adicional para la degeneración frontotemporal. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito).

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** No usar

un código adicional para la degeneración frontotemporal. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.
- C. El trastorno cumple una combinación de características diagnósticas esenciales y características diagnósticas sugestivas de un trastorno neurocognitivo probable o posible con cuerpos de Lewy.

Se diagnostica un trastorno neurocognitivo mayor o leve probable, con cuerpos de Lewy cuando el individuo presenta dos características esenciales o una característica sugestiva y una o más características esenciales. Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo mayor o leve posible, con cuerpos de Lewy** cuando el individuo presenta solamente una característica esencial o una o más características sugestivas.

- 1. Características diagnósticas esenciales:
 - a. Cognición fluctuante con variaciones pronunciadas de la atención y el estado de alerta.
 - b. Alucinaciones visuales recurrentes bien informadas y detalladas.
 - c. Características espontáneas de parkinsonismo, con inicio posterior a la evolución del declive cognitivo.
- 2. Características diagnósticas sugestiva:
 - a. Cumple el criterio de trastorno del comportamiento del sueño REM.
 - b. Sensibilidad neuroléptica grave.
- D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de

una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy, con alteración del comportamiento, codificar primero **331.82 (G31.83)** degeneración por cuerpos de Lewy, seguida de **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy, con alteración del comportamiento. Para un trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy, sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.82 (G31.83)** degeneración por cuerpos de Lewy, seguida de **294.10 (F02.80)** trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy, sin alteración del comportamiento.

Para un trastorno neurocognitivo mayor posible con cuerpos de Lewy, codificar **331.9 (G31.9)** trastorno neurocognitivo mayor posible con cuerpos de Lewy. (**Nota:** No usar un código adicional para la enfermedad por cuerpos de Lewy. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Para un trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** No usar un código adicional para la enfermedad por cuerpos de Lewy. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. La sintomatología clínica es compatible con una etiología vascular como lo sugiere cualquiera de los siguientes criterios:
 - 1. El inicio de los déficits cognitivos presenta una relación temporal con uno o más episodios de tipo cerebrovascular.
 - 2. Las evidencias del declive son notables en la atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y en la función frontal ejecutiva.
- C. Existen evidencias de la presencia de una enfermedad cerebrovascular en la anamnesis, en la exploración física o en el diagnóstico por la imagen neurológica, consideradas suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.

- D. Los síntomas no se explican mejor con otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico.

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo vascular probable** si aparece alguno de los siguientes criterios, pero en caso contrario se diagnosticará un **trastorno neurocognitivo vascular posible**:

1. Los criterios clínicos se respaldan con evidencias de diagnóstico por la imagen neurológica en que aparece una lesión parenquimatosa significativa atribuida a una enfermedad cerebrovascular (respaldo de imagen neurológica).
2. El síndrome neurocognitivo presenta una relación temporal con uno o más episodios cerebrovasculares documentados.
3. Existen evidencias de enfermedad cerebrovascular, tanto clínicas como genéticas (p. ej., arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía).

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo vascular posible** si se cumplen los criterios clínicos pero no existe diagnóstico por la imagen neurológica y no se ha establecido una relación temporal entre el síndrome neurocognitivo y uno o más episodios cerebrovasculares.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo vascular mayor probable con alteración del comportamiento, codificar **290.40 (F01.51)**. Para un trastorno neurocognitivo vascular mayor probable sin alteración del comportamiento codificar **290.40 (F01.50)**. Para un trastorno neurocognitivo vascular mayor posible, con o sin alteración del comportamiento, codificar **331.9 (G31.9)**. No es necesario un código médico adicional para la enfermedad vascular.

Para un trastorno neurocognitivo vascular leve, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** No usar un código adicional para la enfermedad vascular. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Existen evidencias de un traumatismo cerebral, es decir impacto en la cabeza o algún otro mecanismo de movimiento rápido o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo, con uno o más de los siguientes:
 - 1. Pérdida de consciencia.
 - 2. Amnesia postraumática.
 - 3. Desorientación y confusión.
 - 4. Signos neurológicos (p. ej., diagnóstico por la imagen neurológica que demuestra la lesión, convulsiones de nueva aparición, marcado empeoramiento de un trastorno convulsivo preexistente, reducción de los campos visuales, anosmia, hemiparesia).
- C. El trastorno neurocognitivo se presenta inmediatamente después de producirse un traumatismo cerebral o inmediatamente después de recuperar la consciencia y persiste pasado el periodo agudo postraumático.

Nota de codificación: Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, con alteración del comportamiento: En el caso del CIE-9-MC, se codifica primero **907.0** efecto tardío de una lesión intracraneal sin fractura de cráneo, seguido de **294.11** trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, sin alteración del comportamiento. En el caso del CIE-10-MC, codificar primero **S06.2X9S** traumatismo cerebral difuso con pérdida de la consciencia, de duración sin especificar, secuela, seguido de **F02.81** trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, con alteración del comportamiento.

Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, sin alteración del comportamiento: En el caso del CIE-9-MC, se codifica primero **907.0** efecto tardío de una lesión intracraneal sin fractura de cráneo, seguido de **294.10** trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, sin alteración del comporta-

miento. En el caso del CIE-10-MC, codificar primero **S06.2X9S** traumatismo cerebral difuso con pérdida de la consciencia, de duración sin especificar, secuela, seguido de **F02.80** trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, sin alteración del comportamiento.

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a un traumatismo cerebral, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** No usar un código adicional para el traumatismo cerebral. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El deterioro neurocognitivo no sucede exclusivamente en el transcurso de un síndrome confusional y persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia agudas.
- C. La sustancia o medicamento involucrados, así como la duración y la magnitud de su consumo, son capaces de producir el deterioro neurocognitivo.
- D. El curso temporal de los déficits neurocognitivos es compatible con el calendario de consumo y abstinencia de la sustancia o medicación (es decir, los déficits se mantienen estables o mejoran tras un periodo de abstinencia).
- E. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica y no puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación: En la tabla siguiente se indican los códigos CIE-9-CM y CIE-10-CM para los trastornos neurocognitivos inducidos por [sustancia o medicamento específico]. Obsérvese que el código CIE-10-CM depende de si existe o no algún trastorno concurrente por consumo de una sustancia de la misma clase. Si existe algún trastorno concurrente leve por consumo de una sustancia junto con el trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia, el carácter en 4ª posición será "1" y el clínico hará constar "trastorno leve por consumo [de sustancia]" delante del trastorno neurocognitivo inducido por una sustancia (por ej., "trastorno leve por consumo

de inhalantes con trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes"). Si existe un trastorno moderado o grave por consumo concurrente por una sustancia junto con el trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia, el carácter en 4ª posición será "2" y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo [de sustancia]" o "trastorno grave por consumo [de sustancia]" dependiendo de la gravedad del trastorno por consumo concurrente de la sustancia. Si no existe un trastorno por consumo concurrente por sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), entonces el carácter en la 4ª posición será "9" y el clínico solamente hará constar el trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia. Para algunas clases de sustancias (p. ej., alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos) no es admisible codificar un trastorno concurrente leve por consumo de la sustancia con un trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia, solamente puede diagnosticarse un trastorno concurrente por consumo moderado o grave, o bien ningún trastorno por consumo de sustancia. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.

		CIE-10-MC		
			Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo, leve		
Alcohol (trastorno neurocognitivo mayor), tipo no amnésico confabulatorio	291.2	ND	F10.27	F10.97
Alcohol (trastorno neurocognitivo mayor), tipo amnésico confabulatorio	291.1	ND	F10.26	F10.96
Alcohol (trastorno neurocognitivo leve)	291.89	ND	F10.288	F10.988

	CIE-9-MC	CIE-10-MC		
		Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Inhalante (trastorno neurocognitivo mayor)	292.82	F18.17	F18.27	F18.97
Inhalante (trastorno neurocognitivo leve)	292.89	F18.188	F18.288	F18.988
Sedante, hipnótico o ansiolítico (trastorno neurocognitivo mayor)	292.82	ND	F13.27	F13.97
Sedante, hipnótico o ansiolítico (trastorno neurocognitivo leve)	292.89	ND	F13.288	F13.988
(Trastorno neurocognitivo mayor) relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas)	292.82	F19.17	F19.27	F19.97
(Trastorno neurocognitivo leve) relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas)	292.89	F19.188	F19.288	F19.988

Especificar si:

Persistente: El deterioro neurocognitivo continúa siendo significativo tras un periodo prolongado de abstinencia.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia/medicamento específico (p. ej., alcohol) que se supone que es el causante de los síntomas neurocognitivos. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. En las sustancias que no se ajustan en ninguna de las clases, 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”.

El nombre del trastorno (es decir, trastorno neurocognitivo mayor inducido por [sustancia específica] o trastorno neurocognitivo leve inducido por [sustancia específica]) va seguido del tipo en el caso del alcohol (es decir, tipo no amnésico confabulatorio, tipo amnésico confabulatorio) seguido de la especificación de la duración (p. ej., persistente). A diferencia de los procedimientos de registro del CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias o medicamentos con 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 persistentes de tipo amnésico confabulatorio en un individuo con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es 291.1 trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, de tipo amnésico confabulatorio, persistente. También se añade hace constar un diagnóstico adicional 303.90 trastorno por consumo de alcohol, grave. Si el trastorno neurocognitivo inducido por una sustancia o medicamento sucede sin que exista un trastorno concurrente por consumo de la sustancia (es decir, tras un consumo intenso único de la sustancia), no se anota ningún trastorno concurrente por consumo de sustancia (p. ej., 292.82 trastorno neurocognitivo leve inducido por un inhalante).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., alcohol) que se supone que es la causante de los síntomas neurocognitivos. 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 pre-

sencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo por sustancias. Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases, 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, 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 (es decir, trastorno neurocognitivo mayor inducido por [sustancia específica] o trastorno neurocognitivo leve inducido por [sustancia específica]), seguido del tipo en el caso del alcohol (es decir, tipo no amnésico confabulatorio, tipo amnésico confabulatorio), seguido de la especificación de la duración (p. ej., persistente). Por ejemplo, en el caso de síntomas amnésicos confabulatorios persistentes en un individuo con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es F10.26 trastorno grave por consumo de alcohol con trastorno neurocognitivo mayor de tipo amnésico confabulatorio, persistente. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de alcohol. Si el trastorno neurocognitivo inducido por sustancias se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de inhalantes), no se hace constar ningún trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F18.988 trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes).

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Existe una infección documentada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- C. El trastorno neurocognitivo no se explica mejor por otra afección distinta de un VIH, incluidas enfermedades cerebrales secundarias como una leucoencefalopatía multifocal progresiva o una meningitis criptocócica.
- D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación: En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a una infección por VIH con alteración del comportamiento, codificar primero **042 (B20)** infección por VIH, seguido de **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor debido a una infección por VIH con alteración del comportamiento. En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a una infección por VIH sin alteración del comportamiento, codificar primero **042 (B20)** infección por VIH, seguido de **294.10 (F02.80)** trastorno neurocognitivo mayor debido a una infección por VIH sin alteración del comportamiento.

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a una infección por VIH, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** No usar un código adicional para la infección por VIH. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad por priones

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Es habitual que el trastorno presente un inicio insidioso y una progresión rápida.
- C. Existen características motoras de una enfermedad por priones, como mioclonos o ataxia, o evidencias del biomarcador.
- D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación: En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad por priones con alteración del comportamiento, codificar primero **046.79 (A81.9)** enfermedad por priones, seguido de **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad por priones, con alteración del comportamiento. En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad por priones sin alteración del comportamiento, codificar primero **046.79 (A81.9)** enfermedad por priones, seguido de **294.10 (F02.80)** trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad por priones, sin alteración del comportamiento.

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a una enfermedad por priones, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** No usar un código adicional para la enfermedad por priones. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno aparece en el transcurso de la enfermedad de Parkinson establecida.
- C. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión rápida.
- D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Se debe diagnosticar un **trastorno neurocognitivo mayor o leve probablemente debido la enfermedad de Parkinson** si se cumplen los criterios 1 y 2. Se debe diagnosticar un **trastorno neurocognitivo mayor o leve posiblemente debido la enfermedad de Parkinson** si solo se cumple el criterio 1 o 2:

- 1. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).
- 2. La enfermedad de Parkinson precede claramente al inicio del trastorno neurocognitivo.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento, codificar primero **332.0 (G20)** enfermedad de Parkinson, seguido de **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento. Para un trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento, codificar primero **332.0 (G20)** enfermedad de Par-

kinson, seguido de **294.10 (F02.80)** trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento.

Para un trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, codificar **331.9 (G31.9)** trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson. **(Nota: No usar un código adicional para la enfermedad de Parkinson. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)**

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson, codificar **331.83 (G31.84)**. **(Nota: No usar un código adicional para la enfermedad de Parkinson. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)**

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Se observa un inicio insidioso y una progresión gradual.
- C. Existe enfermedad de Huntington clínicamente establecida o existe riesgo de la misma en función de los antecedentes familiares o las pruebas genéticas.
- D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación: En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad Huntington con alteración del comportamiento, codificar primero **333.4 (G10)** enfermedad de Huntington, seguido de **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, con alteración del comportamiento. En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad Huntington sin alteración del comportamiento, codificar primero **333.4 (G10)** enfermedad de Huntington, seguido de **294.10 (F02.80)** trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, sin alteración del comportamiento.

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** No usar un código adicional para la enfermedad de Huntington. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos existen pruebas de que el trastorno neurocognitivo es la consecuencia fisiopatológica de otra afección médica.
- C. Los déficits cognitivos no se explican mejor con otra afección mental ni otro trastorno neurocognitivo específico (p. ej., enfermedad de Alzheimer, infección por VIH).

Nota de codificación: En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, con alteración del comportamiento, codificar primero la otra afección médica, seguida del trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, con alteración del comportamiento (p. ej., 340 [G35] esclerosis múltiple, **294.11 [F02.81]** trastorno neurocognitivo mayor debido a esclerosis múltiple, con alteración del comportamiento). En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento, codificar primero la otra afección médica, seguida del trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento (p. ej., 340 [G35] esclerosis múltiple, **294.10 [F02.80]** trastorno neurocognitivo mayor debido a esclerosis múltiple, sin alteración del comportamiento).

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** No usar un código adicional para la otra afección médica. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a etiologías múltiples

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos existen pruebas de que el trastorno neurocognitivo es la consecuencia fisiopatológica de más de un factor etiológico, excluidas sustancias (p. ej., trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer con posterior aparición de un trastorno neurocognitivo vascular).

Nota: Consultar los criterios diagnóstico de los distintos trastornos neurocognitivos debidos a las afecciones médicas concretas, donde hallará las directrices para establecer las etiologías correspondientes.

- C. Los déficits cognitivos no se explican mejor con otro trastorno mental ni aparecen exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

Nota de codificación: En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, con alteración del comportamiento, codificar **294.11 (F02.81)**. En el caso del trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, sin alteración del comportamiento, codificar **294.10 (F02.80)**. Se deben codificar todas las afecciones médicas etiológicas (con excepción de la afección vascular) y codificarlas individual e inmediatamente antes del trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples (p. ej., **331.0 [G30.9]** enfermedad de Alzheimer, **331.82 [G31.83]** enfermedad por cuerpos de Lewy, **294.11 [F02.81]** trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, con alteración del comportamiento).

Cuando exista una etiología cerebrovascular que contribuya al trastorno neurocognitivo, el diagnóstico de trastorno neurocognitivo vascular también debe anotarse, además del trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples. Por ejemplo, una presentación de trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer y a una enfermedad vascular, con alteración del comportamiento, se codifica como sigue: **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor debido a

etiologías múltiples, con alteración del comportamiento, **290.40 (F01.51)** trastorno neurocognitivo vascular mayor, con alteración del comportamiento.

En caso de un trastorno neurocognitivo leve debido a etiologías múltiples, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** No usar de códigos adicionales para las etiologías. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Trastorno neurocognitivo no especificado

799.59 (R41.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno neurocognitivo 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 neurocognitivos. La categoría del trastorno neurocognitivo no especificado se utiliza en situaciones en las que no puede determinarse la etiología concreta con la certeza suficiente para confirmar una atribución etiológica.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor o leve no especificado, codificar **799.59 (R41.9)**. (**Nota:** No usar códigos adicionales para las presuntas afecciones médicas etiológicas. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.)

Trastornos de la personalidad

Trastorno general de la personalidad

- A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:
 - 1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
 - 2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).
 - 3. Funcionamiento interpersonal.
 - 4. Control de los impulsos.
 - B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
 - C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.
 - E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
 - F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal).
-

Trastornos de la personalidad: Grupo A

Trastorno de la personalidad paranoide

301.0 (F60.0)

- A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:
1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
 2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
 3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
 4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
 5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).
 6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
 7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo,” es decir, “trastorno de la personalidad paranoide (previo).”

Trastorno de la personalidad esquizoide

301.20 (F60.1)

- A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:
1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
 2. Casi siempre elige actividades solitarias.
 3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
 4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
 5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
 7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo,” es decir, “trastorno de la personalidad esquizoide (previo).”

Trastorno de la personalidad esquizotípica

301.22 (F21)

- A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las

relaciones estrechas así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
 2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
 3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
 4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).
 5. Susplicacia o ideas paranoides.
 6. Afecto inapropiado o limitado.
 7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
 8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo.

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo,” p. ej., “trastorno de la personalidad esquizotípico (previo).”

Trastornos de la personalidad: Grupo B

Trastorno de la personalidad antisocial

301.7 (F60.2)

- A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
 2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
 3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
 4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
 5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
 6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
 7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
- C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.
-

Trastorno de la personalidad límite

301.83 (F60.3)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
 7. Sensación crónica de vacío.
 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.
-

Trastorno de la personalidad histriónica

301.50 (F60.4)

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
 2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
 3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
 4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
 5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
 6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
 7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
 8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.
-

Trastorno de la personalidad narcisista

301.81 (F60.81)

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.

3. Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
 4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
 5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).
 6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
 7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
 8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
 9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.
-

Trastornos de la personalidad: Grupo C

Trastorno de la personalidad evasiva

301.82 (F60.6)

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.

4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
 5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
 6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
 7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.
-

Trastorno de la personalidad dependiente

301.6 (F60.7)

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.
 2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
 3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (**Nota:** No incluir los miedos realistas de castigo.)
 4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
 5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
 6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
 7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
 8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.
-

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

301.4 (F60.5)

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
 2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
 3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
 4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
 5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental.
 6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
 7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
 8. Muestra rigidez y obstinación.
-

Otros trastornos de la personalidad

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica

310.1 (F07.0)

- A. Alteración persistente de la personalidad que constituye un cambio respecto al anterior patrón característico de la personalidad del individuo.
- Nota:** En los niños, la alteración implica una desviación notable del desarrollo normal o un cambio significativo de los patrones de comportamiento habitual del niño, que dura al menos un año.
- B. Existen evidencias 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 (incluido otro trastorno mental debido a otra afección médica).
- D. La alteración no se produce exclusivamente en 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:

Tipo lábil: Si la característica predominante es la labilidad afectiva.

Tipo desinhibido: Si la característica predominante es un control insuficiente de los impulsos como se pone de manifiesto por las indiscreciones sexuales, etc.

Tipo agresivo: Si la característica predominante es el comportamiento agresivo.

Tipo apático: Si la característica predominante es la apatía e indiferencia intensa.

Tipo paranoide: Si la característica predominante es la suspicacia o las ideas paranoides.

Otro tipo: Si la presentación no se caracteriza por ninguno de los subtipos anteriores

Tipo combinado: Si en el cuadro clínico predomina más de una característica.

Tipo no especificado

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica (p. ej., 310.1 [F07.0] cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal). La otra afección médica se codificará y hará constar por separado inmediatamente antes del trastorno de la personalidad debido a otra afección médica (p. ej., 345.40 [G40.209] epilepsia del lóbulo temporal; 310.1 [F07.0] cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal).

Otro trastorno de la personalidad especificado

301.89 (F60.89)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad 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 la personalidad. La categoría de otro trastorno de la personalidad 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 de la personalidad específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de la personalidad especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “características mixtas de la personalidad”).

Trastorno de la personalidad no especificado

301.9 (F60.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad 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 la personalidad. La categoría del trastorno de la personalidad no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno de la personalidad específico, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Trastornos parafílicos

Trastorno de voyeurismo

302.82 (F65.3)

- A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de la observación de una persona desprevenida que está desnuda, desnudándose o dedicada a una actividad sexual, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
- B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El individuo que experimenta la excitación y/o que actúa con un deseo irrefrenable tiene como mínimo 18 años de edad.

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de un comportamiento voyeurista es limitada.

En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

Trastorno de exhibicionismo

302.4 (F65.2)

- A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de la exposición de los genitales a una persona desprevenida, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
- B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes

Sexualmente excitado por exposición de los genitales a individuos físicamente maduros

Sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes y a individuos físicamente maduros

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de exposición de los genitales es limitada.

En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

Trastorno de frotteurismo

302.89 (F65.81)

- A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de los tocamientos o fricción contra una persona sin su consentimiento, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
- B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de tocamientos o fricción es limitada.

En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

Trastorno de masoquismo sexual

302.83 (F65.51)

- A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
- B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con asfixiofilia: Si el individuo busca conseguir la excitación sexual por medio de la restricción de la respiración.

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos sexuales masoquistas es limitada.

En remisión total: No ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que el individuo ha estado en un entorno no controlado.

Trastorno de sadismo sexual

302.84 (F65.52)

- A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del sufrimiento físico o psicológico de otra persona, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
- B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos sexuales sádicos es limitada.

En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

Trastorno de pedofilia

302.2 (F65.4)

- A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes (generalmente menores de 13 años).
- B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar importante o problemas interpersonales.
- C. El individuo tiene como mínimo 16 años y es al menos cinco años mayor que el niño/niños del Criterio A.

Nota: No incluir a un individuo al final de la adolescencia que mantiene una relación sexual continua con otro individuo de 12 o 13 años.

Especificar si:

Tipo exclusivo (atracción exclusiva por los niños)

Tipo no exclusivo

Especificar si:

Atracción sexual por el sexo masculino

Atracción sexual por el sexo femenino

Atracción sexual por ambos sexos

Especificar si:

Limitado al incesto

Trastorno de fetichismo

302.81 (F65.0)

- A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del empleo de objetos inanimados o un gran interés específico por parte(s) del cuerpo no genitales, que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

- B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. Los objetos fetiche no se limitan a prendas de vestir utilizadas para travestirse (como en el trastorno de travestismo) o a artilugios diseñados específicamente para la estimulación táctil de los genitales (p. ej., vibrador).

Especificar:

Parte(s) del cuerpo

Objeto(s) inanimado(s)

Otro

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos fetichistas es limitada.

En remisión total: No ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que el individuo ha estado en un entorno no controlado.

Trastorno de travestismo

302.3 (F65.1)

- A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de travestirse, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
- B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con fetichismo: Si la excitación sexual se produce con tejidos, materiales o prendas de vestir.

Con autoginofilia: Si la excitación sexual se produce con pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer.

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de transvestirse es limitada.

En remisión total: No ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que el individuo ha estado en un entorno no controlado.

Otro trastorno parafílico especificado

302.89 (F65.89)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafílico 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 parafílicos. La categoría de otro trastorno parafílico 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 parafílico específico. Esto se hace registrando “otro trastorno parafílico especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “zoofilia”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son, entre otros, la excitación sexual intensa y recurrente que implica la *escatología telefónica* (llamadas telefónicas obscenas), la *necrofilia* (cadáveres), la *zoofilia* (animales), la *coprofilia* (heces), la *clismafilia* (enemas) o la *urofilia* (orina) que han estado presentes al menos durante seis meses y que causan malestar importante o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Otros especificadores que se pueden aplicar a otro trastorno parafílico especificado son en remisión y/o en un entorno controlado.

Trastorno parafílico no especificado

302.9 (F65.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafílico 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 parafílicos. La categoría del trastorno parafílico no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno parafílico específico, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.
