

OMS (1992) Clasificación internacional de enfermedades
(CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento.
Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.
Washington DC:
OPS. Introducción, págs. 7-61.

Prólogo

Al principio de la década de los sesenta, el programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) participó activamente en un proyecto destinado a mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. Durante ese periodo, la OMS organizó una serie de reuniones para revisar la situación en este terreno. En ellas participaron representantes de distintas disciplinas y de varias escuelas del pensamiento psiquiátrico de todo el mundo. Esto sirvió para estimular y llevar a cabo investigaciones sobre criterios de clasificación y sobre fiabilidad diagnóstica y para diseñar y publicar instrumentos para evaluaciones conjuntas, entrevistas videograbadas y otros métodos prácticos de investigación. Hubo muchas propuestas para mejorar la clasificación de los trastornos mentales, que surgieron de este gran número de consultas. Todas ellas se tuvieron en cuenta en el borrador de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-8). En paralelo con estas actividades, se hizo un glosario que definía cada una de las categorías de los trastornos mentales. A continuación, el propio programa de la OMS constituyó una red de personas y centros que continuaron trabajando en el perfeccionamiento de la clasificación en psiquiatría.^{1,2}

En la década de los setenta creció aún más el interés por mejorar la clasificación psiquiátrica a nivel mundial, tendencia que se vio favorecida por el aumento del número de encuentros científicos internacionales, por el desarrollo de varios estudios de colaboración internacional y por la disponibilidad de nuevos tratamientos. Sociedades psiquiátricas de muchos países impulsaron el desarrollo de criterios específicos para la clasificación y para mejorar la fiabilidad diagnóstica. En concreto, la Asociación Psiquiátrica Americana de los EEUU de Norteamérica hizo y publicó su Tercera Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico, el cual incorpora criterios operativos de clasificación.

En 1978, la OMS se incorporó a un proyecto de colaboración a largo plazo con la Administración para Salud Mental y Abuso de Alcohol y Drogas (ADAMHA) en los EEUU, con el objeto de facilitar mejoras posteriores de la clasificación y el diagnóstico de

los trastornos mentales y de problemas relacionados con el alcohol y las drogas.³ Una serie de grupos de trabajo reunió a investigadores de diferentes escuelas psiquiátricas y culturas. Estos grupos de trabajo revisaron la situación en áreas concretas y dieron recomendaciones para investigaciones futuras. En 1982 se celebró en Copenhague (Dinamarca) un importante Congreso Internacional sobre Clasificación y Diagnóstico para revisar las recomendaciones de estos grupos de trabajo y para esbozar un programa de investigación y las directrices del trabajo a seguir.⁴

A partir de ahí, surgieron esfuerzos de investigación tan diversos como importantes para llevar a la práctica las recomendaciones del Congreso de Copenhague. Uno de ellos, que implicó a centros de 17 países, tuvo como objetivo el desarrollo de un instrumento (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, CIDI⁵) adecuada para llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre los trastornos mentales en grupos de población general en diferentes países.⁶ Otro esfuerzo importante ha sido el desarrollo de un instrumento de evaluación para la utilización clínica (Escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría, SCAN⁷). También se ha iniciado un estudio en diferentes países para lograr un instrumento para la evaluación de los trastornos de personalidad (Examen Internacional de Trastornos de Personalidad, IPDE⁸).

Además, se han preparado o están en preparación varios glosarios de los términos empleados en la CIE-9 y CIE-10.⁹ Todas estas actividades se han llevado a cabo en conexión con los trabajos de definición de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 y de sus pautas para el diagnóstico. La conversión de las pautas diagnósticas en criterios individualizados y algoritmos diagnósticos ha sido muy útil para detectar y corregir inconsistencias, ambigüedades solapamientos de la clasificación. El proceso de perfeccionamiento de la CIE-10 ha sido de gran ayuda para la evaluación de estos mismos instrumentos diagnósticos. De esta manera, el resultado final ha sido un conjunto claro y homogéneo de normas e instrumentos de evaluación, para obtener los datos necesarios para la clasificación de trastornos, de acuerdo con las pautas del Capítulo V (F) de la CIE-10.

El Congreso de Copenhague recomendó que los puntos de

vista de las diferentes escuelas psiquiátricas estuvieran también presentes en las referencias a las fuentes de la CIE-10, lo cual se hizo en varias publicaciones importantes, entre ellas, un volumen que contiene capítulos sobre las fuentes de las clasificaciones de la psiquiatría contemporánea.¹⁰

La preparación y la publicación del presente libro, "Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico", es la culminación de los esfuerzos de muchas personas durante muchos años. Han sido necesarios varios borradores, cada uno preparado después de amplias consultas con expertos de sociedades psiquiátricas nacionales e internacionales. El borrador preparado en 1987 fue la base de los estudios de campo realizados en 40 países, los cuales en conjunto constituyen el esfuerzo más amplio jamás realizado para mejorar el diagnóstico en psiquiatría.¹¹ Los resultados de esos estudios de campo se utilizarán cuando se finalicen estas pautas.

La presente publicación es la primera de una serie sobre el Capítulo V (F) de la CIE-10. El resto está compuesto por Criterios Diagnósticos de Investigación, una versión para ser usada por personal sanitario general, y una guía de entrecruzamientos, que permita averiguar la correspondencia de los términos de la CIE-10, CIE-9 y CIE-8.

La manera como ha de utilizarse esta publicación se describe en la Introducción y la sección siguiente incluye notas y comentarios sobre algunas de las dificultades más frecuentes con las que se ha enfrentado la clasificación. La sección de agradecimientos, al final del libro, tiene un significado particular porque es el testimonio del enorme número de expertos e instituciones de todo el mundo, que participaron activamente en el desarrollo de la clasificación y de sus pautas. Están representadas todas las escuelas psiquiátricas más importantes, lo que da a este trabajo su carácter internacional único, que hace que pueda ser utilizado en muchas partes del mundo. La clasificación y las pautas se han traducido y verificado en muchos idiomas y esperamos que este arduo proceso para asegurar la equivalencia de las traducciones se ha reflejado en una mayor claridad, simplicidad y estructura lógica de los textos en inglés y otros idiomas.

Una clasificación es una guía para ver el mundo en un momento determinado. No hay duda de que el progreso

Prólogo

científico y la experiencia del uso de estas pautas requerirá al cabo del tiempo su revisión y puesta al día. Espero que cada revisión sea el producto de una colaboración científica tan cordial y productiva como ha sido la que ha dado lugar al presente libro.

Norimar Sartorius
Director
División de Salud Mental
Organización Mundial de la Salud

(1) Kramer, M. et al. The ICD-9 classification of mental disorders: a review of its development and content. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 59: 241-262 (1979).

(2) Sartorius, N. Classification: an international perspective. *Psychiatric Annals* 6: 22-35 (1976).

(3) Jablensky, A. et al. Diagnosis and classification of mental disorders and alcohol- and drug-related problems: a research agenda for the 1980's. *Psychological Medicine* 13: 907-921 (1983).

(4) Mental disorders, alcohol- and drug-related problems: international perspectives on their diagnosis and classification. *International Congress Series*, No. 6491. Amsterdam, Excerpta Medica (1985).

(5) Composite International Diagnostic Interview.
(6) Robins, L. et al. The composite international diagnostic interview. *Archives of General Psychiatry* 45: 1069-1077 (1988).

(7) Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry.
(8) Witt, J. K. et al. SCAN: schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 47: 589-593 (1990).

(9) International Personality Disorder Examination.
(10) Luranger, A. W. et al. The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders: background and purpose. *Journal of personality disorders* 5 (3): 291-306 (1991).

(11) *Lexicon of psychiatric and mental health terms*, Vol. 1. Geneva, World Health Organization (1989).

(12) Sartorius, N. et al (ed.). *Sources and traditions in classification in psychiatry*. Torino, Hogrefe and Huber (1990).

(13) Sartorius, N. et al (ed.). *Psychiatric classification in a international perspective*. *British Journal of Psychiatry* 152 Supl. (1988).

(14) Sartorius, N. et al. Progress towards achieving a common language in psychiatry: Results from the ICD-10 clinical field trials of mental and behavioural disorders. En prensa (*Archives of General Psychiatry*).

Prólogo a la edición española

La edición española del Capítulo F (V) sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud es fruto de un esfuerzo colectivo considerable. No se trata simplemente de la traducción de la versión inglesa, entre otras cosas porque no hay una versión inglesa, sino que han sido necesarias cinco sucesivas para ir incorporando la experiencia de estudios de campo y de consultas internacionales. La versión española ha seguido el mismo proceso, de tal manera que los resultados de la investigación en lengua española han repercutido en la versión original en inglés. Además, estas investigaciones y consultas han incidido en la propia traducción, en la que se han adoptado algunas decisiones importantes para satisfacer unos objetivos mínimos. Entre éstos están: a) la correspondencia con la terminología psiquiátrica moderna e internacional representada por la CIE-10, b) la adaptación a un lenguaje técnico, es decir, preciso, y a la tradición psiquiátrica española y c) el superar en lo posible anglicismos y barbarismos tan frecuentes hoy día, sobre todo, cuando éstos no añaden nada nuevo a la precisión terminológica. A pesar de todo, la jerga psiquiátrica actual queda lejos de la tradición lexicológica de la medicina, que es de raíz griega. Es el precio que ha habido que pagar por la degeneración semántica de muchos vocablos y por el hecho de que gran parte de la investigación nosológica actual nació en los EEUU de Norteamérica. A continuación se detallan algunas de estas decisiones.

En la versión española el vocablo trastorno se utiliza con mayor amplitud que en la inglesa, ya que por un lado define el ámbito de la nosología y por otro conserva la ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento. Así, no todas las variaciones de la personalidad se incluyen en el Capítulo F (V) y por ello no se habla, por ejemplo, de personalidad histérica o paranoide. Sólo algunas de las personalidades con rasgos histéricos o paranoides alcanzan el grado de lo morboso. Dicho de otro modo, sólo algunas cumplen con determinados criterios diagnósticos. Cuando se cumple esto, se habla de trastornos histéricos o paranoides de la personalidad.

Los demás tipos y si acaso grados, de la personalidad no morbosos pero relevantes para la medicina, figuran en el Capítulo Z de la CIE-10 junto con otros factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con servicios médicos.

Por otro lado, no tienen el mismo grado patológico el morbus Alzheimer, la neurastenia o la piromania. Sin embargo, todos ellos son trastornos, con independencia de que en su día se conozcan mejor los fundamentos biológicos, psicológicos o sociales que condicionan su etiopatogenia. Trastorno es la única palabra que tolera ambigüedad en la CIE-10.

En castellano, como en otras lenguas latinas, la palabra delirio incluye el delirio confusional y el delirio esquizofrénico. La necesidad de distinguir *delirium* de *delusion* (o *Delir* y *Wahn* en alemán) ha obligado a utilizar *delirium* por un lado e ideas delirantes por otro. He de confesar que *delusion* contaba con mi agrado (si acaso por su adjetivo delusivo), pero el neologismo ya antiguo de Honorio Delgado no contó con un consenso suficiente. Por otra parte, tampoco resolvía el problema del delirio confusional, que hubiera tenido que llamarse *delirium*, y esta vez sin adjetivo unívoco (*delirante* pertenece a *delirium* y a idea delirante). La decisión adoptada ha permitido no utilizar nunca la palabra delirio, y conserva la palabra delirante para idea delirante.

Parecido problema plantea la palabra afectivo y trastornos afectivos tal y como se utilizan en el DSM-III. El DSM-III-r y la CIE-10 han adoptado la expresión *Mood (affective) disorders*. *Mood*, humor, es una palabra mucho más adecuada que afectivo y permite concebir estos trastornos de un modo menos restrictivo. Por eso, *Bipolar affective disorders* se ha traducido como trastorno hipolar (y no como trastorno afectivo bipolar) y la palabra afectivo aparece siempre entre paréntesis.

La versión inglesa utiliza a menudo la palabra *persistent*, cuya traducción castellana podría ser crónico. Sin embargo, se ha preferido siempre que ha sido posible persistente por el matiz negativo de la cronicidad ("enfermos crónicos") y también por soslayar la tendencia o amenaza que existe en muchos países de excluir la patología crónica y residual del ámbito de la sanidad (por ejemplo, de la competencia de los Ministerios de Sanidad) para pasársela al de las prestaciones sociales. Esto sucede con los alcohólicos crónicos, con las esquizofrenias

residuales, con el retraso mental, con la demencia del anciano o con la propia del sida. Con independencia del lugar donde reciben asistencia y de la entidad responsable de la misma, es cierto que la psiquiatría no puede cerrar los ojos a esta patología, por mucho que esté, hoy día, fuera del alcance de sus posibilidades terapéuticas.

Ansiedad y angustia se utilizan como sinónimos en la CIE-10 (corresponden al inglés *anxiety*). En la mayoría de los casos figura ansiedad, ya que en general se utiliza con más frecuencia en medicina. Angustia parece significar una mayor gravedad psiquiátrica, fuera del alcance de la experiencia y posibilidades de intervención del médico general y de especialistas no psiquiatras. Resulta sorprendente el éxito de la palabra pánico en castellano. Los enfermos con crisis de este tipo, cuando se esfuerzan en describirlas, sienten un súbito alivio a sus desvelos cuando se les pregunta: "¿Es pánico eso que usted siente?" "Efectivamente, eso es", es la respuesta inmediata. La palabra describe muy bien la angustia en la soledad de un espacio poblado, que es el sentido griego original. No sucede esto en francés o alemán, donde el vocablo está impregnado por la experiencia de los pánicos colectivos de las dos guerras mundiales.

Las secciones de psiquiatría infantil han abandonado muchas palabras tradicionales (dislexia por ejemplo) porque han sido utilizadas de manera muy poco precisa. Algo parecido sucede con autismo. La desventaja de tener que decir trastorno específico de la lectura o trastorno generalizado del desarrollo frente a dislexia o autismo se ve compensada por una mayor precisión. Bien es verdad que es frecuente que las clasificaciones se utilicen mal, es decir, tomando de ellas los nombres de los trastornos sin aplicar las pautas y criterios diagnósticos con precisión. Sería penoso que esto sucediera y que trastorno específico de la lectura no fuera un diagnóstico, a la alforja, más preciso que dislexia.

Por lo demás, la versión española no ha presentado graves conflictos que no hayan podido ser resueltos. La experiencia de los estudios de campo realizados demuestra que su grado de aceptación, de comodidad de uso y de fiabilidad inter-examinador son análogos a los de la versión en otras lenguas. Es de esperar que estas cualidades persistan en el futuro. Piensen aquellos que se decidan a utilizar la CIE-10 que se trata de un instrumento para el conocimiento y para fundamentar decisiones clínicas que

Prólogo a la edición española

han sido definidos como lenguaje universal de la psiquiatría. Se trata, en mi opinión, de un paso de gigantes en estas postrimerías del segundo milenio.

Juan J. López-Ibor Aliño
Director de la sede en el Hospital Ramón y Cajal del
Centro Colaborador de la O.M.S. para
Investigación y Enseñanza en Salud Mental para España
Secretario General de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Agradecimientos

Un gran número de personas y organizaciones han contribuido a la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y a la redacción de sus textos complementarios. Por ejemplo, en los estudios de campo participaron investigadores y clínicos de cuarenta países. Por esta razón, es prácticamente imposible presentar una lista completa de todos ellos. Sin embargo, parece necesario citar a las personas e instituciones que han contribuido de un modo fundamental en la redacción de los documentos que forman el conjunto de clasificaciones y pautas de la CIE-10.

En la lista de investigadores principales (páginas xx-xx) se incluyen también a aquellos que redactaron el borrador inicial de la clasificación y de las pautas diagnósticas. Sus nombres figuran marcados con un asterisco. El Dr. A. Jablensky, funcionario directivo de la División de Salud Mental de la OMS en Ginebra, fue el coordinador de la primera parte del programa, durante la cual hizo la mayor parte de sus aportaciones. Las propuestas iniciales para la clasificación fueron primero ordenadas y luego distribuidas entre los expertos de la OMS y otras muchas personas, entre ellas las que aparecen en la lista citada más abajo. Así se pudo elaborar una versión corregida de la clasificación, cuyo destino era la investigación en estudios de campo, los cuales se llevaron a cabo de acuerdo con un protocolo redactado por personal de la OMS con la ayuda de los doctores J. Burke, J. E. Cooper y J. Mezrich. En ellos participaron un gran número de centros, también listados más abajo. El trabajo de los centros fue coordinado por los Centros Coordinadores de Estudios de Campo que también realizaron las traducciones de la CIE a sus respectivos idiomas.

La responsabilidad total en el trabajo de la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 y de los documentos que la acompañan ha corrido a cargo del Dr. N. Sartorius, director de la División de Salud Mental de la OMS.

El Dr. J. E. Cooper ejerció las funciones de jefe consultor del proyecto durante y después de la fase de los estudios de campo. Su orientación y ayuda fueron inestimables para el equipo

coordinador de la OMS. Entre los miembros de este equipo están la Dra. J. Van Drimmelen, quien ha trabajado con la OMS desde el comienzo del proceso del desarrollo de las propuestas de la CIE-10 y la Sra. J. Wilson, quien de forma concienzuda y eficiente, llevó a cabo las innumerables tareas administrativas relacionadas con los estudios de campo y otras actividades relativas a los proyectos de investigación. El Sr. l'Hours proporcionó una ayuda generosa para asegurar la congruencia entre el conjunto general de la CIE-10 y el presente volumen y el Sr. G. Gerner realizó su índice. Muchas gracias a ambos.

Un pequeño número de otros consultores, entre ellos en particular al Dr. A. Berelsen, el Dr. H. Dilling, el Dr. J. J. López-Ibor, el Dr. C. Pulli, el Dr. Regier, el Dr. M. Rutter y el Dr. N. Wig, estuvieron también estrechamente implicados en este trabajo, desarrollando actividades no sólo de directores de Centros Coordinadores de los Estudios de Campo, sino también aconsejando y orientando sobre temas de sus respectivas áreas de conocimiento y sobre perspectivas de las escuelas psiquiátricas de países que conocían bien.

Entre los organismos cuya ayuda fue de vital importancia está la Administración de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental EE. UU. (ADAMHA) que proporcionó un apoyo generoso al borrador de la CIE-10, y que se responsabilizó con gran eficiencia del proceso de consulta entre los grupos que estaban trabajando con la CIE-10, y los que lo hacían con la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), el DSM-IV. También hay que mencionar el Comité asesor de la OMS, dirigido por el Dr. E. Strömberg, y la Asociación Mundial de Psiquiatría quien, a través de su Presidente, Profesor C. Stefanis de la Sección de Nosología y Clasificación, recogió comentarios de muchos psiquiatras de sus asociaciones miembros y dio su valiosa opinión tanto sobre los estudios de campo como sobre las propuestas finales. Otras organizaciones no gubernamentales con relaciones oficiales con la OMS, entre ellas, la Federación Mundial de Neurología y la Unión Internacional de Sociedades Psicológicas, ayudaron en muchos aspectos, así como también lo hicieron los centros colaboradores para la investigación y docencia en Salud Mental de cuarenta países.

Los gobiernos de los Estados Miembros de la OMS, entre ellos en particular Bélgica, Alemania, Holanda, España y EE.UU. también

prestaron apoyo directo al desarrollo de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, a través de sus contribuciones a la OMS, de otras formas de colaboración y mediante apoyo financiero a los centros que participaron en el trabajo.

Así pues, las propuestas de la CIE-10 son el producto de colaboración en el auténtico sentido de la palabra, de muchas personas y organismos de muchos países. Es de esperar que este esfuerzo será una ayuda poderosa para los que están implicados en la atención a los enfermos mentales y sus familias en todo el mundo.

Una clasificación no puede ser nunca perfecta, y siempre será posible introducir mejoras y simplificaciones posteriores, en la medida en que aúfente nuestro conocimiento y la experiencia con la propia clasificación. El hecho de recoger y asimilar los comentarios y resultados de las investigaciones sobre la clasificación, recaerá aún durante mucho tiempo sobre los centros que han colaborado con la OMS en su desarrollo. Sus direcciones respectivas figuran en una lista más abajo y es de esperar que continuarán comprometidos en el perfeccionamiento de las clasificaciones de la OMS y de los proyectos con ella relacionados y que seguirán atendiendo a la organización en este trabajo tan generosamente como lo han hecho hasta ahora.

Los centros de estudios de campo han publicado muchos trabajos describiendo sus resultados en relación a la CIE-10. La lista completa de estas publicaciones y copias de los artículos pueden obtenerse en la División de Salud Mental Organización Mundial de la Salud, 1211, Ginebra 27, Suiza.

Centros Coordinadores de Estudios de Campo y Directores de los mismos

Dr. A. Berelsen, Institute of Psychiatric Demography, Psychiatric Hospital, University of Aarhus, 8240 Risskov, Dinamarca.

Dr. D. Caetano, Department of Psychiatry, State University of Campinas, Caixa Postal 1170, 1310 Campinas, S. P., Brasil.

Dr. S. Channabasavanna, National Institute of Mental Health and Neurosciences, P.O. Box 2979, Bangalore, 560029, India.

Agradecimientos

Dr. H. Dilling, Klinik für Psychiatrie der Medizinische Hochschule, Ratzenburger Allee 160, 2400 Lübeck, Alemania.

Professor M. Gelder, Department of Psychiatry, Oxford University Hospital, Warneford Hospital, Old Road Headington, Oxford, Inglaterra.

Dr. D. Kemali, University of Naples, First Faculty of Medicine and Surgery, Institute of Medical Psychology and Psychiatry, Piazza Moraglia 2, 80138, Nápoles, Italia.

Dr. J. J. López-Ibor Aliño, Servicio de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá de Henares, carretera de Colmenar, Km. 9,100. 28034 Madrid.

Dr. G. Mellsop, The Wellington Clinical School, Wellington, Nueva Zelanda.

Dr. Y. Nakane, Department of Neuropsychiatry, Nagasaki University School of Medicine, 7-1, Sakamoto-Machi, Nagasaki 852, Japón.

Dr. O. Okasha, Department of Psychiatry, Ain-Shams University, Cairo, Egipto.

Dr. C. Pull, Service de Neuropsychiatrie, Centre Hospitalier de Luxembourg, 4, rue Barblé, Luxembourg.

Dr. D. Regier, Director, Division of Clinical Research, Room 10-105, National Institute of Mental Health, 5600 Fishers Lane, Rockville, Md. 20857, USA.

Dr. S. Tzirkin, All Union Research Center of Mental Health, Institute of Psychiatry, Academy of Medical Sciences, Moscú, Federación Rusa.

Dr. Xu Tao-Yuan, Department of Psychiatry, Shanghai Psychiatric Hospital, Shanghai, China.

Directores anteriores de Centros de Estudio de Campo

Dr. J. Cooper, Department of Psychiatry, Queen's Medical Center, Nottingham, Inglaterra.

Dr. R. Takahashi, Department of Psychiatry, Tokyo Medical and Dental University, Tokio, Japón.

Trastornos mentales y del comportamiento

Dr. N. Wig, Regional Adviser for Mental Health, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, Alejandría, Egipto.

Dr. Derson Young, Hunan Medical College, Changsha, Hunan, China.

Los investigadores que han participado en los estudios de campo de la versión española figuran en la lista general de agradecimientos junto con el resto de los participantes de otros países del mundo. Además, la traducción de los borradores sucesivos hasta esta versión final, tarea ardua donde las haya, ha corrido a cargo de los doctores Juan J. López-Ibor Aliño, María Dolores Guespo Hervás, José Luis Carrasco Perea, Francisco Ferré Navarrete, Lluís Jordà Masdeu, Manuel Martín Carrasco y Miguel Vega Piñero, con las recomendaciones de los participantes de los estudios de campo y con la colaboración en la primera versión de Agustín Ozamiz, Coni Boulamdier y José Luis Alcázar.

Introducción

El capítulo V de la CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento, va a publicarse en versiones diferentes destinadas a aplicaciones distintas. La versión presente está destinada a la clínica general, a la docencia y a fines administrativos. Los Criterios Diagnósticos de Investigación están destinados para la investigación clínica y se han diseñado para ser utilizados junto con este tomo. El glosario de la CIE-10 es mucho más corto y es adecuado para la utilización por codificadores y administrativos, pero también sirve como punto de referencia para la compatibilidad con otras clasificaciones. No se recomienda para ser utilizada por profesionales de salud mental. En la actualidad están en preparación versiones más cortas y simplificadas, con un esquema multiaxial para ser utilizada en atención primaria. Las Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico han sido el punto de partida para el desarrollo de las diferentes versiones y se ha tenido el máximo cuidado para evitar incompatibilidad entre todas ellas.

Presentación

La utilización del capítulo V (F) de la CIE-10 requiere un detenido estudio de esta introducción general, así como de los párrafos de introducción y explicación adicionales situados al comienzo de varias de las categorías de la clasificación. Esto es especialmente importante en la categoría F23 [Trastornos psicóticos agudos y transitorios] y en la sección F30-39 [Trastornos del humor (afectivos)]. Desde hace mucho tiempo se conocen las grandes dificultades que hay para la descripción y clasificación de estas categorías y por ello se ha puesto un especial énfasis en aclarar la forma en que han sido enfocados estos problemas.

Cada trastorno se acompaña de la descripción de sus características clínicas principales, así como de las características secundarias que, aunque menos específicas, son sin embargo relevantes. A continuación aparecen unas "Pautas para el diagnóstico". En la mayoría de los casos indican el número y los síntomas específicos que suelen requerirse para un diagnóstico

Introducción

fiable. Sin embargo, en la redacción de dichos síntomas se ha mantenido un cierto grado de flexibilidad de cara a las decisiones diagnósticas, para que la clasificación pueda ser utilizada en variadas y a menudo complejas situaciones clínicas, en las que deben tomarse decisiones diagnósticas antes de que el cuadro clínico haya podido ser totalmente aclarado o cuando la información es aun incompleta. En algunas ocasiones y para evitar repeticiones innecesarias, se proporciona la descripción clínica y pautas para el diagnóstico de ciertos grupos de trastornos, además de aquellas específicas de cada trastorno aislado dentro del grupo.

Cuando los requisitos exigidos en las pautas para el diagnóstico se cumplan de forma evidente el diagnóstico puede ser formulado como "seguro". Sin embargo, en muchos casos es útil registrar el diagnóstico a pesar de que las pautas no se satisfagan totalmente. El clínico y todos aquellos que utilicen las pautas diagnósticas deben decidir en qué circunstancias vale la pena recoger diagnósticos que ofrecen grados menores de confianza (tales como "provisional" si se espera que aparezca más información o "probable" si la obtención posterior de dicha información es muy improbable) en los casos en los que no se satisfagan en su totalidad las pautas propuestas. Las definiciones sobre la duración de los síntomas están, asimismo, pensadas más como pautas generales que como requisitos estrictos. El clínico debería utilizar su propio criterio sobre la conveniencia de escoger un diagnóstico, aunque la duración de un síntoma determinado sea ligeramente mayor o menor de lo requerido.

Las pautas para el diagnóstico deberían ser, asimismo, un estímulo útil para la docencia, dado que sirven de recordatorio de aspectos de la práctica clínica que suelen encontrarse ampliamente desarrollados en la mayoría de los manuales de Psiquiatría. También pueden ser adecuados para aquellos proyectos de investigación en los cuales no se requiera la mayor precisión (y por consiguiente restricción) que ofrecen los Criterios Diagnósticos de Investigación.

Las descripciones y pautas no presuponen implicaciones teóricas y tampoco pretenden abarcar la amplitud de los conocimientos actuales sobre los trastornos mentales y del comportamiento. Son únicamente un conjunto de síntomas y descripciones consensuadas por un gran número de asesores clínicos e investigadores de

diferentes países, que sirve de base razonable para la definición de las diferentes categorías de la clasificación de los trastornos mentales.

Principales diferencias entre el capítulo V (F) de la CIE-10 y el capítulo V de la CIE-9

Principios generales de la CIE-10

La CIE-10 es mucho más amplia que la CIE-9. Los códigos numéricos (001-999) de la CIE-9 han sido sustituidos en la CIE-10 por un sistema de codificación alfanumérico de códigos de una letra seguida de dos números, que completan el nivel de tres caracteres (A00-Z99). Así se ha aumentado considerablemente el número de categorías disponibles para la clasificación. Además, un nivel de cuatro caracteres permite subdivisiones numéricas decimales con mayor detalle.

El capítulo que trata de los trastornos mentales en la CIE-9 sólo tenía treinta categorías de tres caracteres (290-319). En el capítulo V (F) de la CIE-10 hay cien categorías. Sin embargo, varias de estas categorías no se utilizan ahora, para permitir la introducción de cambios en la clasificación sin la necesidad de rediseñar el sistema entero.

La CIE-10 en conjunto ha sido diseñada para ser la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad. La utilización de caracteres adicionales, hasta cinco o seis, permite detallar más específicamente alguna de sus partes. Por el contrario, en ocasiones, puede ser necesario condensar las categorías para conseguir unos grupos suficientemente amplios como para, por ejemplo, la aplicación en atención primaria o en la práctica general. Hay una presentación multiaxial de la CIE y una versión para la práctica psiquiátrica infantil y otra para investigación. La "familia" de clasificaciones de información no contenida en la CIE-10 pero con importantes aplicaciones médicas o sanitarias, incluye la clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, la Clasificación de Procedimientos en Medicina y la Clasificación de los Motivos de Contacto de Enfermos con Personal Sanitario.

Neurosis y psicosis

La distinción tradicional entre neurosis y psicosis que se

Introducción

mantenía en la CIE-9 (aunque deliberadamente sin intentar definir ambos conceptos) no se mantiene en la CIE-10. Sin embargo, el término "neurótico" persiste para un uso ocasional, por ejemplo, en el encabezamiento de un grupo principal de trastornos: F40-49 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos). La mayoría de los trastornos considerados como neurosis por quienes utilizan este concepto están en dicha sección y en las siguientes, con excepción de las neurosis depresivas. Para facilitar el uso de la clasificación, los trastornos se agrupan según el tema principal común o la semejanza diagnóstica, más que siguiendo la dicotomía neurótico-psicótico. Por ejemplo, ciclotimia (F34.0) figura en la sección F30-39 [Trastornos del humor (afectivos)], en lugar de en la sección F60-69 (Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto) y todos los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas están agrupados en F10-19, con independencia de su gravedad.

"Psicótico" se ha mantenido como término descriptivo, en particular en F23: Trastornos psicóticos agudos y transitorios, sin que el recurrir a él presuponga nada sobre posibles mecanismos psicodinámicos, capacidad de introspección o juicio de realidad. El concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas.

Otras diferencias entre la CIE-9 y la CIE-10

Se han agrupado en F00-F09 todos los trastornos cuya causa sea orgánica, lo que hace más fácil el uso de esta parte de la clasificación en relación con la CIE-9.

La reordenación de los trastornos mentales y del comportamiento debidos a las sustancias psicoactivas en F10-F19 ha resultado también más útil que el sistema anterior. El tercer carácter indica la sustancia usada, el cuarto y quinto carácter, el síndrome psicopatológico, por ejemplo de intoxicación aguda y estados residuales. Esto permite la información sobre todos los

Trastornos mentales y del comportamiento

trastornos relacionados con la sustancia aunque sólo se use las categorías de tres caracteres.

El bloque que comprende la esquizofrenia, los estados esquizotípicos y los trastornos de ideas delirantes (F20-F29) se han ampliado con la introducción de nuevas categorías, tales como esquizofrenia indiferenciada, depresión postesquizofrénica y trastorno esquizotípico. La clasificación de psicosis aguda breve, que se veía frecuentemente en los países en desarrollo, se ha ampliado bastante en comparación con la de la CIE-9.

La clasificación de los trastornos afectivos se ha visto influenciada por la adopción del principio de trastornos agrupados conjuntamente con un tema común. Términos tales como "depresión neurótica" y "depresión endógena" no se han usado, pero sus equivalentes próximos pueden encontrarse entre los diferentes tipos y niveles de gravedad de la depresión que están ahora especificadas (incluyendo la distimia [F34.1]).

Los síndromes comportamentales y los trastornos mentales asociados con disfunciones fisiológicas y cambios hormonales, tales como trastornos de la alimentación, trastornos del sueño no orgánicos, y disfunciones sexuales se han agrupado en F50-F59 y se han descrito con mayor detalle que en la CIE-9, debido a las necesidades crecientes de tales clasificaciones en psiquiatría de enlace.

El bloque F60-F69 contiene nuevos trastornos de la conducta adulta, tales como el juego patológico, la piromanía y el robo, así como trastornos más tradicionales de la personalidad. Los trastornos de la preferencia sexual están diferenciados claramente de los trastornos de la identidad genérica, y la homosexualidad en sí misma está incluida como una categoría.

Algunos otros comentarios sobre los cambios entre las provisiones para la codificación de los trastornos específicos de la infancia y del retraso mental pueden encontrarse en las páginas 42, 43 y 44.

Problemas terminológicos

Trastorno

El término "trastorno" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales

Introducción

como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

Psicógeno y psicósomático

El término "psicógeno" no ha sido utilizado en los títulos de las categorías, debido a que tiene distintos significados en las diferentes lenguas y escuelas psiquiátricas. Cuando aparece en el texto, el término debe ser interpretado en el sentido de que el clínico considera que acontecimientos vitales o dificultades ambientales desempeñan un papel importante en la génesis del trastorno.

Por los mismos motivos, el término "psicosomático" no se usa en la CIE-10. Además, este término puede implicar que los factores psicológicos no juegan un papel en el desencadenamiento, curso y evolución de otras enfermedades no descritas como psicósomáticas. Los trastornos así denominados en otras clasificaciones aparecen en los apartados F45 (trastornos somatomorfos), F50 (trastornos de la conducta alimentaria), F52 (disfunción sexual de origen no orgánico) y F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar). Es especialmente importante reparar en la categoría F54, que corresponde a la categoría 316 en la CIE-9, la cual debe utilizarse para señalar la asociación de trastornos orgánicos (codificados en otros apartados dentro de la CIE) con una etiología emocional. Por ejemplo, el asma o el eczema psicógenos deben codificarse de acuerdo con la categoría F54 del capítulo V (F) junto con el código adecuado para la enfermedad orgánica, tomado de otros capítulos de la CIE-10.

Deficiencias, discapacidades, minusvalías y otros términos relacionados

Los términos "deficiencia", "discapacidad" y "minusvalía" se han empleado de acuerdo con las recomendaciones del sistema adoptado por la OMS. En algunas ocasiones el término se ha usado en un sentido amplio cuando se podía justificar por la tradición clínica. Ver también las páginas 31 y 32, que se refiere

Trastornos mentales y del comportamiento

a la demencia y su relación con la deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Aspectos prácticos

Trastornos de niños y adolescentes

Las secciones F80-F89, trastornos del desarrollo psicológico, y F90-F98, trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia, abarcan únicamente aquellos trastornos que son específicos de estas edades. Varios de los trastornos de otras categorías pueden presentarse en personas de casi cualquier edad y por lo tanto pueden ser utilizados para niños y adolescentes. Por ejemplo, F50, trastornos de la conducta alimentaria, F51, trastornos no orgánicos del sueño, y F64, trastornos de la identidad sexual. Algunos tipos de fobias que se presentan en la infancia plantean problemas concretos de clasificación, tal y como se especifica en F93.1, trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.

Registro de más de un diagnóstico

Se recomienda que los clínicos sigan la regla general de anotar todos los diagnósticos que se necesiten para abarcar todo el cuadro clínico. Cuando se registre más de un diagnóstico, suele ser conveniente escoger uno de ellos como diagnóstico principal, quedando los demás como secundarios o adicionales. Debe darse prioridad a los diagnósticos más relevantes en relación con el motivo por el cual se recogen. En la práctica clínica éste suele corresponder al trastorno que motiva la consulta o el contacto con los servicios en los cuales se recoge la información. En muchos casos será el trastorno que motivó el ingreso en el hospital, el seguimiento ambulatorio o en una unidad de hospital de día. En otros casos, desde un punto de vista de la trayectoria vital del enfermo, el diagnóstico más importante puede corresponder al trastorno que padece el enfermo a lo largo de los años, el cual puede ser distinto de aquel que motiva la consulta actual (por ejemplo en el caso de un enfermo afecto de esquizofrenia crónica que acude por presentar de forma aguda síntomas de ansiedad). Si existen dudas acerca del orden en que deben registrarse varios diagnósticos, o bien el clínico no conoce con certeza el propósito al que va a ser destinada la información, una

regla simple consiste en registrar los diagnósticos en el orden numérico en el que éstos aparecen en la clasificación.

Registro de diagnósticos de otros capítulos de la CIE-10

Se recomienda encarecidamente el uso de otros capítulos de la CIE-10 además del capítulo V (F). En un anexo de este tomo figura un listado y resumen de los capítulos más relevantes para los servicios de salud mental. Estos son, entre otros:

- Capítulo VI: Enfermedades del Sistema Nervioso (G).
- Capítulo XVII: Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q).
- Capítulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (R).
- Capítulo XIX: Lesiones, intoxicaciones y otras secuelas de causas externas (S, T).
- Capítulo XX: Causas externas de morbilidad y mortalidad (X).
- Capítulo XXI: Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (Z).

Como registrar un diagnóstico

El diagnóstico debe ser registrado anotando el código y el texto diagnóstico correspondiente. Lo mismo debe hacerse para los diagnósticos adicionales de otros capítulos del apéndice. Hay que ser especialmente cuidadoso en este último caso, ya que en el apéndice sólo aparecen los tres primeros caracteres del diagnóstico y los servicios de archivo necesitan, para una correcta identificación del diagnóstico, poder añadir un cuarto carácter tomado del tomo principal de la CIE-10.

Otras versiones del capítulo V (F) de la CIE-10

Las otras versiones del capítulo V (F) de la CIE-10 que han sido o están siendo desarrolladas en paralelo con la presentada aquí son:

- 1) Conjunto de Criterios Diagnósticos de Investigación (CDI-10).

- 2) Sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos.
- 3) Clasificación simplificada para asistencia primaria.
- 4) Breve glosario, de formato y tamaño similares al actual glosario del capítulo V (Trastornos mentales) de la CIE-9, que se incluirá en el volumen general de la CIE-10. Está destinado a ser utilizado por codificadores no profesionales y para poder hacer comparaciones con otras clasificaciones con fines administrativos y económicos.

Estas versiones serán publicadas por separado, y serán sometidas a estudios de campo internacionales en un futuro próximo.

Notas a algunas categorías concretas de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10

Durante la elaboración de la sección de trastornos mentales de la CIE-10, algunas categorías despertaron un considerable interés y fue necesario un debate especial antes de alcanzarse un consenso entre todos los participantes. A continuación se resume el contenido de estas discusiones.

Relación de las demencias (F01-F03) con las deficiencias, discapacidades y minusvalías

La reducción de la capacidad cognitiva es esencial para el diagnóstico de demencia, pero el deterioro consecuente del funcionamiento social, tanto a nivel familiar como laboral, no se incluye entre las pautas diagnósticas. Este es un ejemplo de un principio general que se aplica a las definiciones de todos los trastornos del capítulo V de la CIE-10, que ha sido adoptado a la vista de las diferencias entre distintas culturas, religiones y naciones en lo que respecta a los papeles sociales al alcance de los individuos y aceptables por ellos. Sin embargo, una vez hecho el diagnóstico, la medida en que la vida familiar o la actividad laboral y las diversiones están impedidas, suele constituir un buen indicador de la gravedad del trastorno.

Este es el momento oportuno para referirse a las relaciones entre síntomas, criterios diagnósticos y sistemas adoptados por la OMS para describir las deficiencias, discapacidades y minusvalías.¹ De acuerdo con esta clasificación, las deficiencias (esto es, "toda pérdida o anormalidad de una estructura o función") se manifiestan psicológicamente por una interferencia con funciones mentales tales como la memoria, la atención y las emociones. Hay muchos tipos de deficiencias psicológicas que han sido reconocidas como síntomas psiquiátricos. En menor grado, algunos tipos de discapacidad (definida como "toda restricción o ausencia, debida a deficiencia, de la capacidad de realizar una

actividad en la forma o dentro del rango que se considera normal para el ser humano") han sido también a veces considerados como síntomas psiquiátricos. Algunos ejemplos de discapacidad de este tipo en el plano personal son las actividades cotidianas, por lo general necesarias, relacionadas con el cuidado personal y la supervivencia (asearse, vestirse, comer y controlar los esfínteres). La interferencia con estas actividades suele ser una consecuencia de la alteración psicológica, y tiene muy pocas influencias culturales. Por lo tanto, las discapacidades personales pueden ser criterios y pautas válidos, en concreto, en el caso de la demencia.

DISCAPACIDAD

Por el contrario, las minusvalías (es decir, "las situaciones desventajosas para un individuo determinado, que limitan o impiden el desempeño de un papel que es normal en su caso, en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales") son el efecto de las deficiencias o discapacidades en un contexto social amplio, en el que pueden influir de un modo determinante factores culturales. Por lo tanto, las minusvalías para una determinada función no deben ser utilizadas como componentes esenciales de un diagnóstico.

MINUSVALÍAS

Duración requerida de los síntomas en la esquizofrenia (F20.-)

Estadios prodrómicos

Antes de la aparición de los síntomas esquizofrénicos característicos puede haber un período prodrómico de semanas o meses, en particular en enfermos jóvenes, durante el cual aparece un conjunto de síntomas inespecíficos, tales como pérdida de interés, evitación de la compañía de los otros, abandono del trabajo, irritabilidad e hipersensibilidad. Estos síntomas no son diagnósticos de ningún trastorno en particular, pero tampoco son característicos del estado normal del individuo. A menudo estos síntomas son tan perturbadores para la familia e incapacitantes para el enfermo como los síntomas más claramente morbosos, como las ideas delirantes y las alucinaciones que se presentan más tarde. Considerado retrospectivamente, este estadio prodrómico parece ser una parte importante de la historia natural del trastorno, aunque hay poca información sobre pródromos similares en otros trastornos psiquiátricos o sobre la aparición y desaparición ocasionales de estados

similares en personas que nunca desarrollan un trastorno psiquiátrico diagnosticable.

Estaría justificado incluir este estadio prodrómico en las pautas opcionales para el diagnóstico de la esquizofrenia si pudiera caracterizarse, o fuera específico de este trastorno, o si pudiera describirse con fiabilidad y si además fuera muy raro en otro tipo de enfermos o en personas sin patología. Para el propósito de la CIE-10 se considera que la información sobre este punto es, en el momento actual, insuficiente para justificar la inclusión del estadio prodrómico como parte del diagnóstico. Un problema adicional, estrechamente relacionado con el anterior y también pendiente de ser resuelto, es hasta qué punto estos estadios prodrómicos pueden distinguirse de los trastornos esquizoide y paranoide de la personalidad.

Diferenciación de los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-) de la esquizofrenia (F20.-)

El diagnóstico de esquizofrenia en la CIE 10 se basa en la presencia de ideas delirantes, alucinaciones y otros síntomas característicos, descritos en las páginas xx y xx, y porque además "satisface el requisito de una duración mínima de un mes."

Hay en algunos países una tradición clínica muy arraigada, basada en estudios descriptivos más que epidemiológicos, que apoya la noción que de hay muchas psicosis agudas que tienen una presentación brusca, un curso breve de unas pocas semanas o incluso días y una evolución favorable, que son de naturaleza distinta a la de la demencia praecox de Kraepelin y a la de las esquizofrenias de Bleuler. Términos como el de "bouffée délirante", psicosis psicógena, psicosis esquizofreniforme, psicosis ciclotíca y psicosis reactiva breve indican la extensión y a la vez la diversidad con que se han recogido estas perspectivas en las diferentes escuelas. También hay opiniones y datos contradictorios sobre si en estos trastornos esquizofrénicos pueden presentarse síntomas característicos pero transitorios, así como sobre su relación frecuente con tensiones psicológicas agudas (aunque la "bouffée délirante" fue descrita originalmente como no relacionada con claros factores precipitantes psicológicos).

Dada la falta actual de conocimientos suficientes sobre la esquizofrenia y sobre estos trastornos más agudos, se consideró que la mejor opción para la CIE-10 consistía en exigir un tiempo

DD cuando en la CIE de la esquizofrenia los TRAST. agudos de la psicosis

Notas a algunas categorías concretas de la clasificación...

mínimo para la aparición, reconocimiento y posterior remisión de los síntomas de trastornos agudos antes de hacer un diagnóstico de esquizofrenia. La mayor parte de los datos clínicos y la opinión de los expertos sugieren que en la mayoría de los enfermos con estas psicosis agudas, la instauración de los síntomas psicóticos tiene lugar en unos pocos días o a lo largo de una a dos semanas como máximo y muchos de los enfermos se recuperan con o sin medicación en dos o tres semanas. Por ello parece razonable especificar la necesidad de la presencia de síntomas esquizofrénicos claros y característicos durante al menos un mes antes de hacer el diagnóstico. Por lo tanto, lo más adecuado parece ser tomar un mes como punto de corte entre los trastornos agudos con síntomas esquizofrénicos y la esquizofrenia misma. En los enfermos psicóticos sin síntomas esquizofrénicos, cuando estos persisten más de un mes no es necesario cambiar el diagnóstico hasta alcanzar los requisitos temporales de trastorno de ideas delirantes (F22.0), es decir, tres meses (ver la discusión más abajo).

También se sugiere una duración similar para los casos de psicosis sintomáticas agudas (la psicosis anfetamínica es el mejor ejemplo). La desaparición de los síntomas se produce de noche a diez días después de la suspensión del tóxico, pero teniendo en cuenta que los síntomas tardan de siete a diez días en alcanzar un nivel que dé lugar a problemas (el tiempo que tarde el enfermo en acudir a los servicios psiquiátricos), la duración total del cuadro puede ser de veinte días o más. Por tanto, si persisten los síntomas característicos, un mes parece ser el período adecuado exigible antes de llamar esquizofrenia a un trastorno. La adopción de un mes de duración de los síntomas psicóticos característicos como pauta necesaria para el diagnóstico de esquizofrenia descarta la idea asumida de que la esquizofrenia debe ser de duración relativamente larga. Una duración de seis meses se ha adoptado en varias clasificaciones nacionales, si bien de acuerdo con los conocimientos actuales no parece que una restricción del diagnóstico de este tipo suponga ninguna ventaja. En dos grandes estudios multicéntricos internacionales sobre esquizofrenia y trastornos relacionados, el segundo de los cuales era de carácter epidemiológico, se encontró que una gran proporción de enfermos cuyos síntomas eran clara y típicamente esquizofrénicos duraron más de un mes y menos de seis, y tuvieron remisiones del trastorno marcadas, o incluso completas. Por eso, parece mejor

Trastornos mentales y del comportamiento

para el propósito de la CIE-10 evitar cualquier afirmación sobre una cronicidad necesaria para el diagnóstico de esquizofrenia y considerar el término como descriptivo de un síndrome de diversas etiologías (muchas de ellas desconocidas) y varias formas de presentación, que dependen del equilibrio de influencias genéticas, somáticas, sociales y culturales.

Se ha discutido mucho sobre cuál es la duración más adecuada para los síntomas cuando se trata de hacer un diagnóstico de trastorno de ideas delirantes persistentes (F22.-). Al final se eligió como menos malo un período de tres meses, ya que de haber elegido un punto de corte a los seis meses o más, obligaba a introducir nuevas categorías diagnósticas entre los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-) y el trastorno de ideas delirantes persistentes. Todo el tema de la relación entre este tipo de trastornos necesita mejores conocimientos de los que se disponen hoy día. Una solución relativamente sencilla, la que da prioridad a los trastornos agudos y transitorios, parece la mejor opción y sin duda contribuirá a estimular la investigación en este campo.

La elaboración de la definición de los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.-) se ha guiado por el principio de describir y clasificar un trastorno o grupo de trastornos y de hacer explícitas opciones en lugar de utilizar nociones preconcebidas aunque aceptadas. Este punto se discute brevemente en la introducción de dichas categorías diagnósticas (páginas xx-xx).

En esta clasificación no se ha usado el término esquizofreniforme para ningún trastorno concreto. La razón es que ha venido siendo aplicado en las últimas décadas a conceptos clínicos diferentes y se asocia con un conjunto de características tales como inicio agudo, duración relativamente breve, síntomas atípicos o mixtos y un relativo buen pronóstico. Nada sugiere que este término aporte nuevas ventajas, de tal forma que no hay casi ningún motivo para incluirlo en la denominación de una categoría diagnóstica. Además, la categoría F23 (trastornos psicóticos agudos y transitorios) y sus subdivisiones, y el requisito de la presencia de síntomas durante al menos un mes para el diagnóstico de esquizofrenia, hace que no sea necesaria una categoría intermedia más como diagnóstico. El término esquizofreniforme se ha insertado en varios lugares como un término relevante para aquellos trastornos que tienen una mayor concordancia con el

significado que ha adquirido a lo largo del tiempo, como guía para los que quieran utilizarlo. Dichos términos son: trastorno, crisis o psicosis esquizofreniforme sin especificar en F20.8 (otra esquizofrenia) y trastorno, o psicosis esquizofreniforme breve en F23.2 (trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico).

Esquizofrenia simple (F20.6)

Se conserva esta categoría diagnóstica porque sigue siendo usada en algunos países y porque no son claras ni su naturaleza ni sus relaciones con el trastorno de la personalidad esquizoide y con el trastorno esquizotípico, todo lo cual necesita de información adicional para poder ser resuelto. Los criterios propuestos para su diferenciación ponen un énfasis especial en delimitar claramente en la práctica este grupo de trastornos.

Trastornos esquizoafectivos (F25.-)

La conveniencia de incluir los trastornos esquizoafectivos (F25.-) de la CIE-10 en el bloque F20-F29 (esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes) o en F30-F39 (trastornos del humor [afectivos]) no puede apoyarse en investigaciones definitivas en ninguno de los dos sentidos. La decisión de colocarlos en F20-F29 fue consecuencia de los datos de los estudios de campo del borrador de 1987 y por los comentarios que dicho borrador suscitó en todo el mundo a través de las sociedades miembros de la Asociación Mundial de Psiquiatría, lo cual demuestra que hay grandes y prestigiosas escuelas clínicas que desean que sean mantenidos entre los trastornos relacionados con la esquizofrenia y los trastornos de ideas delirantes. Es importante en este contexto el que, dado un conjunto de síntomas afectivos, la suma de tan sólo ideas delirantes no congruentes con el estado de ánimo, no es suficiente para cambiar el diagnóstico por el de trastorno esquizoafectivo. Debe estar presente durante el mismo episodio del trastorno al menos un síntoma típicamente esquizofrénico acompañando a los síntomas afectivos.

Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)

Es probable que muchos psiquiatras sigan en desacuerdo con la clasificación de los trastornos del humor hasta que los métodos

de clasificación de los síndromes clínicos puedan apoyarse, al menos en parte, en datos fisiológicos y bioquímicos, en lugar de limitarse, como ocurre en la actualidad, a la descripción clínica del estado emocional y del comportamiento. Mientras persista esta limitación, las alternativas son: una clasificación relativamente sencilla con pocos niveles o una clasificación más detallada y con muchas más subdivisiones.

El borrador de la CIE-10 de 1987 utilizado en los estudios de campo tenía el mérito de la sencillez. Incluía, por ejemplo, sólo episodios depresivos leves y graves, sin separación entre hipomanía y manía y sin recomendaciones sobre la especificación de la presencia o ausencia de conceptos clínicos habituales, como los de "síndrome somático" o alucinaciones e ideas delirantes. Sin embargo, las sugerencias de muchos de los clínicos implicados en los estudios de campo y los comentarios recibidos de otras fuentes, demostraron que había una demanda general para especificar varios niveles de gravedad y para incluir los conceptos mencionados. Además, el análisis preliminar de los estudios de campo puso en evidencia en muchos centros, que la categoría de episodio depresivo leve suele tener una baja fiabilidad entre investigadores.

También se puso de manifiesto que la opinión de los clínicos sobre el número de subdivisiones requeridas para la depresión están muy influidas por el tipo de enfermos que tratan con más frecuencia. Así, aquellos que trabajan en asistencia primaria, en consultas externas o en psiquiatría de enlace necesitan medios para la descripción de enfermos con estados depresivos leves pero clínicamente significativos. Aquellos que trabajan en unidades de hospitalización prefieren categorías más extremas.

Consultas posteriores con expertos en trastornos del humor (afectivos) dieron lugar a la versión actual, en la se han incluido opciones que especifican varios de sus aspectos, los cuales, aunque aún no pueden ser asumidos con certeza científica, son considerados clínicamente útiles por psiquiatras de muchas partes del mundo. Es de esperar que su inclusión estimule un mayor debate e investigación sobre su validez clínica.

Queda por resolver el problema de cómo definir y hacer utilizar el diagnóstico de las ideas delirantes no congruentes con el ánimo. Parece que hay una demanda clínica suficiente y una evidencia en favor de la especificación de las ideas delirantes

Notas a algunas categorías concretas de la clasificación...

congruentes e incongruentes con el estado de ánimo, al menos como una opción adicional.

Trastorno depresivo recurrente breve

Desde la introducción de la CIE-9 se ha ido acumulando suficiente información que justifica la introducción de una categoría especial para los trastornos depresivos breves que satisfacen las pautas de intensidad del episodio depresivo (F32.-) pero no los de duración. Estos estados recurrentes no tienen aún una significación nosológica clara, pero el adscribirles una categoría debe estimular la recogida de información encaminada a un conocimiento mejor de su frecuencia y su evolución a largo plazo.

Agorafobia y trastorno de pánico

Hay en la actualidad un importante debate sobre el carácter primario de la agorafobia o del trastorno de pánico. Desde una perspectiva internacional y transcultural, la evidencia disponible no parece justificar el abandono de una noción todavía muy aceptada, de que es mejor considerar el trastorno fóbico como el trastorno primario, siendo las crisis de pánico indicadoras de la gravedad del mismo.

Categorías mixtas de ansiedad y depresión

Muchos psiquiatras y no psiquiatras, en especial aquellos de países en desarrollo y que trabajan en atención primaria, encontrarán muy útiles los bloques F41.2 (trastorno mixto ansioso-depresivo), F41.3 (otros trastornos mixtos de ansiedad), en las varias subdivisiones de F43.2 (trastorno de adaptación) y de F44.7 (trastorno disociativo [de conversión] mixto). El objeto de estas categorías es facilitar la descripción de unos trastornos que se manifiestan por un conjunto mixto de síntomas, para los que alguna de las denominaciones psiquiátricas más simples y tradicionales no es apropiada, pero que sin embargo incluye cuadros muy frecuentes, de intenso malestar y muy invalidantes. Estos cuadros son también muy frecuentes en la asistencia primaria y psiquiátrica. Puede no ser fácil utilizar estas categorías.

Trastornos mentales y del comportamiento

de una forma fiable, pero es importante que puedan ser estudiadas y, en caso necesario, mejoradas en su definición.

Relación de los trastornos disociativos y somatomorfos con la histeria

El término "histeria" no se ha usado en el título de ninguno de los trastornos del capítulo V (F) de la CIE-10 debido a sus muchos y variados significados. En lugar de ello, se ha preferido el término "disociativo" para englobar a trastornos que previamente se llamaban histeria, tanto disociativos como de conversión. Esto se debe, en gran parte, a que los enfermos con las variantes disociativa y conversiva a veces comparten características adicionales y además suelen presentar ambas al mismo tiempo o en diferentes momentos. También parece razonable asumir que en ambos tipos de síntomas operan los mismos o parecidos mecanismos psicológicos.

La utilidad de reunir juntos a varios trastornos con un modo de presentación predominantemente físico o somático bajo la presentación del término "somatomorfo" se apoya en su aceptación internacional generalizada. Pero, por las razones antes mencionadas, este nuevo concepto no fue motivo suficiente para separar las amnesias y las fugas de la pérdida disociativa de la sensibilidad y la función motriz.

Si debe aceptarse la existencia real del trastorno de personalidad múltiple (F44.81) como algo independiente de un fenómeno cultural o incluso yatrogénico específico, su situación mejor es el grupo de trastornos disociativos.

Neurastenia

La neurastenia se ha conservado como una categoría en la CIE-10, aunque haya sido borrada de otras clasificaciones, ya que este diagnóstico es aún frecuente en muchos países. Investigaciones realizadas en diversos medios han demostrado que una proporción considerable de casos diagnosticados de neurastenia pueden también ser clasificados como depresión o ansiedad. Hay casos, sin embargo, en los que el cuadro clínico no se ajusta a las descripciones de ninguna otra categoría pero satisfacen todas las pautas de un síndrome neurasténico. Es de esperar que su

inclusión como una categoría independiente estimule más investigaciones en este campo.

Trastornos específicos de determinadas culturas

En los últimos años se ha expresado a menudo la necesidad de contar con categorías independientes para trastornos como el Latah, Amok, Koro y otros posibles trastornos específicos de diversas culturas. Sin embargo, no han fructificado los intentos para identificar estudios fiables, preferentemente epidemiológicos, que apoyen su inclusión como trastornos clínicamente diferenciables de los otros de la clasificación. Por eso no se han clasificado aisladamente. Las descripciones de estos trastornos sugieren que pueden ser considerados como variantes de las manifestaciones de ansiedad, depresión, trastornos somatomorfos o trastornos de adaptación. Por ello, en caso de necesidad debe usarse el código equivalente más próximo, junto a una nota adicional indicando a qué trastorno cultural específico se hace referencia. En estos cuadros puede también haber elementos de búsqueda de atención y de adopción del papel de enfermo, que tiende a lo que se describe en F68.1 (producción intencional o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas [trastorno ficticio]), los cuales pueden también ser registrados.

Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio (F53.-) NO VALIDA

Esta es una categoría rara y aparentemente paradójica ya que incluye la recomendación de que se utilice sólo cuando sea inevitable. Su inclusión expresa el reconocimiento de la existencia de muchos problemas reales en muchos países en desarrollo para reunir datos sobre casos de enfermedad puerperal. Sin embargo, incluso en ausencia de información suficiente que permita el diagnóstico de alguna variedad de trastorno del humor (afectivo), o más raramente esquizofrenia, por lo general suele haber datos que permitan diagnosticar un trastorno leve (F53.0) o grave (F53.1). Esta subdivisión es útil para estimar la carga asistencial y para la planificación de servicios.

Esta categoría no lleva implícito que, dada la suficiente información, una proporción significativa de casos de enfermedad

mental post-parto no pueden ser clasificados en otros apartados. La mayoría de los expertos en este campo son de la opinión de que un cuadro clínico de psicosis puerperal muy difícilmente se puede diferenciar de forma fiable de un trastorno del humor (afectivo) o de una esquizofrenia, lo cual justifica una categoría especial. Cualquier psiquiatra que pertenezca a la minoría que opina que existen psicosis post-parto específicas, puede usar esta categoría, pero debe ser consciente de su verdadero propósito.

Trastornos de la personalidad del adulto (F60.-)

En todas las clasificaciones actuales, los trastornos de la personalidad en el adulto conllevan una serie de problemas cuya solución requiere una extensa información que sólo puede provenir de investigaciones amplias y que requieren mucho tiempo. La diferencia entre la observación y la interpretación se hace particularmente problemática cuando se intentan definir pautas diagnósticas para estos trastornos. También constituye un problema no resuelto, a la luz de los conocimientos actuales, el número de pautas que deben cumplirse para confirmar un diagnóstico. Sin embargo, los intentos realizados para especificar pautas diagnósticas para esta categoría pueden ayudar a demostrar que se necesita un nuevo enfoque para la descripción de los trastornos de la personalidad.

Después de ciertas dudas iniciales, se incluyó finalmente una breve descripción del trastorno límite de la personalidad (F60.31) como una subcategoría del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3), de nuevo con la esperanza de estimular la investigación.

Otros trastornos de la personalidad del adulto (F68.-)

Se incluyen aquí dos categorías que no figuraban en la CIE-9, que son F68.0, elaboración psicológica de síntomas somáticos, y F68.1, producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio). Se trata, estrictamente hablando, de trastornos del papel de enfermo o conductas de enfermedad y por lo tanto es conveniente agruparlos junto con otros trastornos del comportamiento del adulto. Junto a la simulación (Z76.5), que siempre ha estado fuera del capítulo V de la CIE, estos trastornos forman un trió diagnóstico que necesita a menudo ser considerado en conjunto. La diferencia

Notas e algunas categorías concretas de la clasificación...

esencial entre los dos primeros y la simulación es que la motivación para la simulación es obvia y suele limitarse a situaciones que implican peligro personal, sentencias legales o grandes sumas de dinero.

Retraso mental (F70-F79)

La política seguida en el capítulo V de la CIE-10 con respecto al retraso mental ha sido darles tratamiento tan breve y sencillo como fuera posible, reconociendo que sólo un sistema multiaxial comprensivo puede hacer justicia a este punto. Es necesario desarrollar un sistema por separado y ya se han iniciado investigaciones para hacer propuestas de aplicación internacional.

Trastornos de comienzo específico en la infancia

Trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89)

Los trastornos de la infancia tales como el autismo infantil y la psicosis desintegrativa, clasificados en la CIE-9 como psicosis, se contemplan ahora, más adecuadamente, entre los trastornos generalizados del desarrollo (F84.-). A pesar de las dudas sobre su nosología, se ha considerado que hay suficiente información como para justificar la inclusión de los síndromes de Rett y de Asperger entre los trastornos específicos de este grupo. También se ha incluido, por su probable utilidad práctica, el trastorno hiperkinético asociado a retraso mental y movimientos estereotipados (F84.4) a pesar de su carácter mixto.

Trastornos del comportamiento y las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-F98)

Durante muchos años, las diferencias de opinión internacionales sobre la amplitud del concepto de trastorno hiperkinético (F90.-) han sido un problema conocido. Este problema fue discutido en detalle en el encuentro entre los consultores de la OMS y otros expertos, organizado bajo los auspicios del proyecto conjunto OMS-ADAMHA. El trastorno hiperkinético se define en la CIE-10 con mayor amplitud que en la CIE-9. La definición de la CIE-10 es también diferente en el relativo énfasis que se da a los síntomas que constituyen el síndrome hiperkinético

Trastornos mentales y del comportamiento

en su conjunto. Puesto que la base para la definición ha sido los datos empíricos de investigaciones recientes, hay suficientes razones para pensar que la definición de la CIE-10 representa un avance significativo.

El trastorno hiperkinético disocial (F90.1) es uno de los pocos ejemplos de una categoría combinada que quedan en el capítulo V (F) de la CIE-10. En este diagnóstico se indica que deben cumplirse las pautas para el trastorno hiperkinético (F90.-) y las del trastorno disocial (F91.-). Estas pocas excepciones a la regla general están justificadas por su conveniencia clínica, a la vista de la coexistencia frecuente de estos trastornos y de la importancia consiguiente del síndrome mixto. Sin embargo, en los Criterios Diagnósticos para Investigación de los trastornos mentales y del comportamiento, se recomienda que para fines de investigación se describan los casos aislados en esta categoría de acuerdo con la hiperactividad, las alteraciones emocionales y la gravedad del trastorno disocial (además de por la categoría combinada como diagnóstico global).

El trastorno disocial desafiante y oposicionista (F91.3) no estaba en la CIE-9 pero se ha incluido en la CIE-10 por su potencial predictivo de problemas de conducta posteriores. Sin embargo, hay una nota recomendando su uso preferentemente en los niños más pequeños.

La categoría 313 de la CIE-9 (trastornos de las emociones específicos de la infancia y adolescencia) se ha desdoblado en dos categorías separadas en la CIE-10: los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (F93.-) y los trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F94.-), debido a la necesidad de diferenciar, tanto en niños como en adultos, las diversas formas de ansiedad mórbida y emociones parecidas. La frecuencia con la que los trastornos emocionales de la infancia no desembocan en un trastorno similar en la vida adulta y el comienzo frecuente de trastornos neuróticos en los adultos son claros indicadores de esta necesidad. El criterio clave y definitorio usado en la CIE-10 es la adecuación de la emoción presentada al estadio de desarrollo del niño, además de una persistencia excepcional y una alteración del funcionamiento social. En otras palabras, cuando se presenta tan sólo una forma leve, estos trastornos de la infancia son claros

exageraciones de los estados emocionales y de las reacciones que se consideran normales para su edad. Si el contenido del estado emocional es excepcional, o si se presenta a una edad no frecuente, deben usarse las categorías generales de la clasificación.

A pesar de su nombre, la nueva categoría F94.- (trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia) no va en contra de la regla general de la CIE-10 de no usar, como criterio diagnóstico, la interferencia con el papel social. Las anomalías del comportamiento social incluidas en F94.- son de un número limitado y se restringen a las relaciones del hijo con los padres y con la familia próxima. Estas relaciones no tienen las mismas connotaciones, ni muestran las variaciones culturales de aquellas que se presentan en el contexto del trabajo o de la manutención de la familia, las cuales no son pautas para el diagnóstico.

Un número de categorías frecuentes en psiquiatría infantil, tales como los trastornos de la conducta alimentaria (F50.-), los trastornos no orgánicos del sueño (F51.-) y los trastornos de la identidad sexual (F64.-) se encuentran en las secciones generales de la clasificación porque comienzan y se presentan con frecuencia en adultos. Sin embargo, se pensó que unas características clínicas específicas justificaban las categorías adicionales del trastorno de la conducta alimentaria en la infancia (F98.2) y la pica en la infancia (F98.3).

Es necesario tener en cuenta al utilizar las secciones F80-F89 y F90-F98, el capítulo neurológico de la CIE-10 (capítulo VI), que contiene síndromes con manifestaciones predominantemente físicas y etiología claramente "orgánica", entre ellos el síndrome de Kleine-Levin (G47.8) que es de particular interés para los psiquiatras infantiles.

Trastorno mental sin especificación (F99)

Hay razones prácticas por las que se precisa una categoría que recoja los trastornos mentales no especificados. Sin embargo, la subdivisión del espacio clasificatorio disponible para el capítulo V (F) en 10 secciones, cada uno cubriendo un área específica, plantea un problema para este requisito. La solución menos mala

era usar la última categoría en el orden numérico de la clasificación, es decir, F99.

Supresión de categorías propuestas en anteriores borradores de la CIE-10

El proceso de consultas y revisiones de la literatura que precedió al borrador del capítulo V (F) de la CIE-10 dio lugar a muchas propuestas de cambio. Las decisiones sobre la aceptación o rechazo de estas propuestas estuvieron condicionadas por un gran número de factores, entre ellos los resultados de los estudios de campo, las consultas con los directores de los centros colaboradores de la OMS, los resultados de la colaboración con organizaciones no gubernamentales, la opinión de los miembros de los paneles de expertos consultores de la OMS, los resultados de las traducciones de la clasificación y las limitaciones de las reglas que rigen la estructura de la CIE-10 en su conjunto.

En general ha sido fácil rechazar propuestas que eran muy particulares o que no se apoyaban en la evidencia, así como aceptar aquellas que venían acompañadas de una justificación consistente. Algunas propuestas, aunque razonables cuando se consideraban aisladas, no pudieron ser aceptadas por la repercusión que pequeños cambios en una parte de la clasificación podrían tener en otras secciones. Algunas otras propuestas fueron muy sugestivas, pero precisaban mayor investigación antes de ser consideradas para el uso internacional. Varias de estas propuestas incluidas en las primeras versiones de la clasificación fueron omitidas de la versión final, por ejemplo la "acentuación de rasgos de personalidad" y el "uso peligroso de sustancias psicótropas". Es de esperar que continúe la labor investigadora sobre la situación nosológica y la utilidad de estas u otras categorías nuevas.

Categorías principales

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos

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

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

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

- F03 Demencia sin especificación

- F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

- F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

Categorías principales

- F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.
 F05.1 Delirium superpuesto a demencia.
 F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.
 F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.
- F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática
 F06.0 Alucinosis orgánica.
 F06.1 Trastorno catatónico orgánico.
 F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.
 F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.
 F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.
 F06.5 Trastorno disociativo orgánico.
 F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.
 F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.
 F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.
 F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.
- F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
 F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.
 F07.1 Síndrome post-encefalítico.
 F07.2 Síndrome post-conmocional.
 F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
 F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.
- F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación
- F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas
- F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol

Trastornos mentales y del comportamiento

- F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides
- F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides
- F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos
- F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína
- F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína)
- F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos
- F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco
- F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles
- F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas
- Flx.0 Intoxicación aguda.
 Flx.1 Consumo perjudicial.
 Flx.2 Síndrome de dependencia.
 Flx.3 Síndrome de abstinencia.
 Flx.4 Síndrome de abstinencia con delirium.
 Flx.5 Trastorno psicótico.
 Flx.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.
 Flx.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.
 Flx.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas.

Categorías principales

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

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

F20 Esquizofrenia
F20.0 Esquizofrenia paranoide.
F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.
F20.2 Esquizofrenia catatónica.
F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.
F20.4 Depresión post-esquizofrénica.
F20.5 Esquizofrenia residual.
F20.6 Esquizofrenia simple.
F20.8 Otras esquizofrenias.
F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

F21 Trastorno esquizotípico

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes
F22.0 Trastorno de ideas delirantes.
F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.
F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.
F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.
F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.
F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.
F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.
F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas

F25 Trastornos esquizoafectivos
F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco.
F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

Trastornos mentales y del comportamiento

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

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos

F29 Psicosis no orgánica sin especificación

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

F30 Episodio maniaco
F30.0 Hipomanía.
F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.
F30.2 Manía con síntomas psicóticos.
F30.9 Otros episodios maniacos.
F30.9 Episodio maniaco sin especificación.

F31 Trastorno bipolar
F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco.
F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.
F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.
F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.
F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.
F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
F31.8 Otros trastornos bipolares.
F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

F32 Episodios depresivos
F32.0 Episodio depresivo leve.
F32.1 Episodio depresivo moderado.
F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
F32.8 Otros episodios depresivos.

Categorías principales

- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.
- F33 Trastorno depresivo recurrente
- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.
- F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes
- F34.0 Cíclicidad.
- F34.1 Distimia.
- F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos)
- F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.
- F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.
- F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación
- F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomoríos
- F40 Trastornos de ansiedad fóbica
- F40.0 Agorafobia.
- F40.1 Fobias sociales.
- F40.2 Fobias específicas (aisladas).
- F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.
- F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
- F41 Otros trastornos de ansiedad
- F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

Trastornos mentales y del comportamiento

- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.
- F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.
- F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.
- F42 Trastorno obsesivo-compulsivo
- F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos.
- F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
- F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
- F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
- F43.0 Reacción a estrés agudo.
- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
- F43.2 Trastornos de adaptación.
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave.
- F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.
- F44 Trastornos disociativos (de conversión)
- F44.0 Amnesia disociativa.
- F44.1 Fuga disociativa.
- F44.2 Estupor disociativo.
- F44.3 Trastornos de trance y de posesión.
- F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.
- F44.5 Convulsiones disociativas.
- F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.
- F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.
- F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).
- F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.
- F45 Trastornos somatomoríos
- F45.0 Trastorno de somatización.
- F45.1 Trastorno somatomorío indiferenciado.
- F45.2 Trastorno hipocondríaco.
- F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.
- F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
- F45.8 Otros trastornos somatomoríos.

Categorías principales

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

F48 Otros trastornos neuróticos

F48.0 Neurastenia.

F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.

F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

F50 Trastornos de la conducta alimentaria

F50.0 Anorexia nerviosa.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica.

F50.2 Bulimia nerviosa.

F50.3 Bulimia nerviosa atípica.

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

F51 Trastornos no orgánicos del sueño

F51.0 Insomnio no orgánico.

F51.1 Hipersomnio no orgánico.

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.

F51.3 Sonambulismo.

F51.4 Terrores nocturnos.

F51.5 Pesadillas.

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.

F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.

F52 Disfunción sexual no orgánica

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.

F52.2 Fracaso de la respuesta genital.

F52.3 Disfunción orgásmica.

F52.4 Eyaculación precoz.

F52.5 Vaginismo no orgánico.

F52.6 Dispareunia no orgánica.

F52.7 Impulso sexual excesivo.

Trastornos mentales y del comportamiento

F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.

F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.

F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.

F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.

F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

F60 Trastornos específicos de la personalidad

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.

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

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad

Categorías principales

- F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.
- F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62.
- F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral
- F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.
- F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.
- F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.
- F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.
- F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
- F63.0 Ludopatía.
- F63.1 Piromanía.
- F63.2 Cleptomanía.
- F63.3 Tricotilomanía.
- F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.
- F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.
- F64 Trastornos de la identidad sexual
- F64.0 Transexualismo.
- F64.1 Transvestismo no fetichista.
- F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.
- F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.
- F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.
- F65 Trastornos de la inclinación sexual
- F65.0 Fetichismo.
- F65.1 Transvestismo fetichista.
- F65.2 Exhibicionismo.
- F65.3 Escopofilia (voyeurismo).
- F65.4 Paidofilia.
- F65.5 Sadomasoquismo.
- F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.
- F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual.

Trastornos mentales y del comportamiento

- F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.
- F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales
- F66.0 Trastorno de la maduración sexual.
- F66.1 Orientación sexual egodistónica.
- F66.2 Trastorno de la relación sexual.
- F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.
- F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.
- F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.
- F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).
- F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.
- F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación
- F70-79 Retraso mental
- F70 Retraso mental leve
- F71 Retraso mental moderado
- F72 Retraso mental grave
- F73 Retraso mental profundo
- F78 Otros retrasos mentales
- F79 Retraso mental sin especificación
- F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico
- F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje

Categorías principales

- F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.
- F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.
- F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.
- F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).
- F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.
- F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar
- F81.0 Trastorno específico de la lectura.
- F81.1 Trastorno específico de la ortografía.
- F81.2 Trastorno específico del cálculo.
- F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.
- F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.
- F83 Trastorno específico del desarrollo mixto
- F84 Trastornos generalizados del desarrollo
- F84.0 Autismo infantil.
- F84.1 Autismo atípico.
- F84.2 Síndrome de Rett.
- F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
- F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
- F84.5 Síndrome de Asperger.
- F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.
- F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.
- F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico
- F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación
- F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

Trastornos mentales y del comportamiento

- F90 Trastornos hiperkinéticos
- F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.
- F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.
- F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.
- F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.
- F91 Trastornos disociales
- F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
- F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.
- F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.
- F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista.
- F91.8 Otros trastornos disociales.
- F91.9 Trastorno disocial sin especificación.
- F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos
- F92.0 Trastorno disocial depresivo.
- F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.
- F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.
- F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia
- F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.
- F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.
- F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.
- F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.
- F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia.
- F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.
- F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- F94.0 Mutismo selectivo.
- F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
- F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.
- F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.
- F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.
- F95 Trastornos de tics

Categorías principales

- F95.0 Trastorno de tics transitorios.
F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.
F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).
F95.8 Otros trastornos de tics.
F95.9 Trastorno de tics sin especificación.
- F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- F98.0 Enuresis no orgánica.
F98.1 Encopresis no orgánica.
F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.
F98.3 Pica en la infancia.
F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.
F98.5 Tartamudeo (espasmoíemia).
F98.6 Farfulleo.
F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.
F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.
- F99 Trastorno mental sin especificación
- F99 Trastorno mental sin especificación

DESCRIPCIONES CLÍNICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO