

# Trastornos mentales y del comportamiento (F00–F99)

**Incluye:** trastornos del desarrollo psicológico

**Excluye:** síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00–R99)

**Este capítulo contiene los siguientes grupos:**

- F00–F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos
- F10–F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
- F20–F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
- F30–F39 Trastornos del humor [afectivos]
- F40–F48 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos
- F50–F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
- F60–F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- F70–F79 Retraso mental
- F80–F89 Trastornos del desarrollo psicológico
- F90–F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
- F99 Trastorno mental no especificado

**Las categorías con asterisco para este capítulo son las siguientes:**

- F00\* Demencia en la enfermedad de Alzheimer
- F02\* Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte

## Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F00–F09)

Esta sección comprende una variedad de trastornos mentales que se agrupan por tener en común una etiología demostrable de enfermedad cerebral, lesión u otro trauma del cerebro que lleva a una disfunción cerebral. La disfunción puede ser primaria, como ocurre en las enfermedades, lesiones y traumas que afectan directa y selectivamente al cerebro, o secundaria, como en las enfermedades y trastornos sistémicos que atacan múltiples órganos o sistemas del organismo, entre ellos el cerebro.

La demencia (F00–F03) es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, de naturaleza habitualmente crónica o progresiva, en el cual existe un deterioro de múltiples funciones corticales superiores, entre las que se cuentan la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad para el aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se halla obnubilada. Los deterioros en el área cognoscitiva frecuentemente se acompañan, y a menudo son precedidos, por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se da en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras afecciones que afectan primaria o secundariamente al cerebro.

Use código adicional si desea identificar la enfermedad primaria.

### **F00\*** Demencia en la enfermedad de Alzheimer (G30.–†)

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad cerebral degenerativa primaria de etiología desconocida, cuyos rasgos neuropatológicos y neuroquímicos son característicos. Habitualmente este trastorno es de comienzo insidioso, y después progresa lenta pero sostenidamente en un lapso de varios años.

#### **F00.0\*** Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano (G30.0†)

Demencia en la enfermedad de Alzheimer, que comienza antes de los 65 años de edad, con deterioro de evolución relativamente rápida y con trastornos múltiples y notorios de las funciones corticales superiores.

Demencia degenerativa primaria de tipo Alzheimer, de comienzo presenil

Demencia presenil, de tipo Alzheimer

Enfermedad de Alzheimer, tipo 2

- F00.1\*** **Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo tardío (G30.1†)**  
 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, cuyo comienzo se presenta después de los 65 años de edad, habitualmente al final de la séptima década de la vida, o incluso más tarde, con una progresión lenta. Su principal característica es el deterioro de la memoria.  
 Demencia degenerativa primaria de tipo Alzheimer, de comienzo senil  
 Demencia senil, de tipo Alzheimer  
 Enfermedad de Alzheimer, tipo 1
- F00.2\*** **Demencia en la enfermedad de Alzheimer, atípica o de tipo mixto (G30.8†)**  
 Demencia atípica de tipo Alzheimer
- F00.9\*** **Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada (G30.9†)**

**F01 Demencia vascular**

La demencia vascular es producto del infarto cerebral debido a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad cerebrovascular hipertensiva. Por lo común los infartos son pequeños, pero sus efectos son acumulativos. Generalmente comienza en etapas avanzadas de la vida.

*Incluye:* demencia arteriosclerótica

- F01.0 Demencia vascular de comienzo agudo**  
 Habitualmente se desarrolla en forma rápida, después de una serie de accidentes cerebrovasculares, ya sea por trombosis, por embolia o por hemorragia. En casos raros, la causa puede ser un infarto masivo único.
- F01.1 Demencia vascular por infartos múltiples**  
 Es de comienzo gradual y posterior a una serie de episodios de isquemia transitoria que producen una acumulación de infartos en el parénquima cerebral.  
 Demencia predominantemente cortical
- F01.2 Demencia vascular subcortical**  
 Incluye casos con antecedentes clínicos de hipertensión arterial y con focos de destrucción isquémica, ubicados en las profundidades de la materia blanca de los hemisferios cerebrales. Habitualmente la corteza cerebral se encuentra indemne, lo cual contrasta con el cuadro clínico de esta enfermedad, que puede parecerse mucho al de la demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical**
- F01.8 Otras demencias vasculares**
- F01.9 Demencia vascular, no especificada**

**F02\*** **Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte**

Casos de demencia debidos, o supuestamente debidos, a causas distintas de la enfermedad de Alzheimer o de la enfermedad cerebrovascular. El comienzo puede darse en cualquier momento de la vida, aunque rara vez tiene lugar en la senectud.

**F02.0\*** **Demencia en la enfermedad de Pick (G31.0†)**

Demencia progresiva que comienza durante la edad mediana de la vida, caracterizada por cambios precoces y lentamente progresivos del carácter y por deterioro social, que conducen a un menoscabo de las funciones del intelecto, de la memoria y del lenguaje, con apatía, euforia y, ocasionalmente, con fenómenos extrapiramidales.

**F02.1\*** **Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt–Jakob (A81.0†)**

Una demencia progresiva, con extensos signos neurológicos, debida a cambios neuropatológicos específicos, que se supone son causados por un agente transmisible. Comienza habitualmente durante la mitad o al final de la vida, aunque en los adultos puede tener lugar a cualquier edad. El curso es subagudo, y conduce a la muerte en el lapso de uno o dos años.

**F02.2\*** **Demencia en la enfermedad de Huntington (G10†)**

Es una demencia que se da como componente de una amplia degeneración cerebral. El trastorno es transmitido por un solo gen autosómico dominante. Los síntomas aparecen característicamente en la tercera y cuarta décadas de la vida. El progreso de la enfermedad es lento, y conduce a la muerte en un lapso de 10 a 15 años.

Demencia en la corea de Huntington

**F02.3\*** **Demencia en la enfermedad de Parkinson (G20†)**

Demencia que se desarrolla durante el curso de una enfermedad de Parkinson ya establecida. No han sido demostradas aún características clínicas particulares.

Demencia (en la, en el):

- parálisis agitante
- parkinsonismo

**F02.4\*** **Demencia en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (B22.0†)**

Demencia que se desarrolla en el curso de una enfermedad por VIH, en ausencia de una enfermedad o de una afección concomitante distinta de la infección por VIH que pudiera explicar las características clínicas.

**F02.8\* Demencia en otras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte**

Demencia en:

- deficiencia de:
  - niacina [pelagra] (E52†)
  - vitamina B<sub>12</sub> (E53.8†)
- degeneración hepatolenticular (E83.0†)
- epilepsia (G40.-†)
- esclerosis múltiple (G35†)
- hipercalcemia (E83.5†)
- hipotiroidismo adquirido (E01.-†, E03.-†)
- intoxicaciones (T36–T65†)
- lipidosis cerebral (E75.-†)
- lupus eritematoso sistémico (M32.-†)
- neurosífilis (A52.1†)
- poliarteritis nudosa (M30.0†)
- tripanosomiasis (B56.-†, B57.-†)

**F03 Demencia, no especificada**

Demencia:

- degenerativa primaria SAI
- presenil SAI
- senil SAI
- senil, tipo depresivo o tipo paranoide

Psicosis:

- presenil SAI
- senil SAI

**Excluye:** demencia senil con delirio o con estado confusional agudo (F05.1)  
senilidad, no especificada (R54)

**F04**

**Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas**

Síndrome de deterioro importante de la memoria reciente y de evocación mientras que se conserva la memoria inmediata, con reducción de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales y desorientación temporal. La confabulación puede ser un rasgo notorio de este cuadro, pero habitualmente se conservan la percepción y otras funciones cognitivas, entre ellas la inteligencia. El pronóstico depende de la evolución de la lesión primaria.

Psicosis o síndrome de Korsakov no alcohólico

*Excluye:* amnesia:

- SAI (R41.3)
- anterógrada (R41.1)
- disociativa (F44.0)
- retrógrada (R41.2)

síndrome de Korsakov:

- inducido por alcohol o no especificado (F10.6)
- inducido por otras sustancias psicoactivas (F11–F19 con cuarto carácter común .6)

**F05**

**Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas**

Síndrome orgánico cerebral, de etiología inespecífica, caracterizado por perturbaciones simultáneas de la conciencia y la atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, del comportamiento psicomotor, de la emoción y del ciclo sueño-vigilia. Su duración es variable y su gravedad fluctúa de leve a muy severa.

*Incluye:* estado confusional (no alcohólico)  
 psicosis infecciosa  
 reacción orgánica  
 síndrome cerebral  
 síndrome psico-orgánico

} aguda(o) o  
 subaguda(o)

*Excluye:* delirium tremens inducido por alcohol o no especificado (F10.4)

**F05.0 Delirio no superpuesto a un cuadro de demencia, así descrito**

**F05.1 Delirio superpuesto a un cuadro de demencia**

Afecciones que cumplen con los criterios antes descritos, pero que se desarrollan en el curso de una demencia, clasificada en F00–F03

**F05.8 Otros delirios**

Delirio de etiología mixta

**F05.9 Delirio, no especificado**

**F06**

**Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física**

Esta categoría incluye una variedad de afecciones relacionadas causalmente con un trastorno cerebral debido a una enfermedad cerebral primaria, a una enfermedad sistémica que afecta secundariamente al cerebro, a hormonas o sustancias tóxicas exógenas, a trastornos endocrinos o a otras enfermedades somáticas.

*Excluye:* afecciones asociadas con:

- delirio (F05.–)
  - demencia tal como se clasifica en F00–F03
- trastornos resultantes del consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas (F10–F19)

**F06.0**

**Alucinosis orgánica**

Trastorno con alucinaciones persistentes o recurrentes, habitualmente visuales o auditivas, que ocurren en estado de plena conciencia, y que pueden ser o no ser reconocidas como tales por la persona afectada. Puede haber elaboración delirante de las alucinaciones, sin que el delirio sea lo que predomina en el cuadro clínico; el discernimiento puede conservarse.

Estado alucinatorio orgánico (no alcohólico)

*Excluye:* alucinosis alcohólica (F10.5)  
esquizofrenia (F20.–)

**F06.1**

**Trastorno catatónico, orgánico**

Trastorno en el que la actividad psicomotriz se halla disminuida (estupor) o aumentada (excitación), asociado con síntomas catatónicos. Los dos extremos de la perturbación psicomotriz pueden alternarse.

*Excluye:* esquizofrenia catatónica (F20.2)

estupor:

- SAI (R40.1)
- disociativo (F44.2)

**F06.2**

**Trastorno delirante [esquizofreniforme], orgánico**

Trastorno en el cual dominan en el cuadro clínico delirios persistentes o recurrentes que pueden acompañarse de alucinaciones. Puede haber algunos rasgos sugerentes de esquizofrenia, como alucinaciones estafalarias y trastornos del pensamiento.

Estados paranoides y estados alucinatorios paranoides orgánicos

Psicosis esquizofreniforme en la epilepsia

*Excluye:* esquizofrenia (F20.–)

trastorno:

- delirante persistente (F22.–)
- psicótico agudo y transitorio (F23.–)
- psicótico inducido por drogas (F11–F19, con cuarto carácter común .5)

- F06.3 Trastornos del humor [afectivos], orgánicos**  
Trastornos caracterizados por un cambio del humor o de la afectividad, habitualmente acompañados de un cambio en el nivel general de actividad, sea éste depresivo, hipomaniaco, maniaco o bipolar (véase F30–F38), pero que surgen como consecuencia de un trastorno orgánico.  
*Excluye:* trastornos del humor no orgánicos o no especificados (F30–F39)
- F06.4 Trastorno de ansiedad, orgánico**  
Trastorno que se caracteriza por la aparición de los rasgos descriptivos esenciales de un trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), o de un trastorno de pánico (F41.0), o de una combinación de ambos, pero que surge como consecuencia de un trastorno orgánico.  
*Excluye:* trastornos de ansiedad, no orgánicos o no especificados (F41.–)
- F06.5 Trastorno disociativo, orgánico**  
Trastorno caracterizado por una pérdida parcial o total de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y las sensaciones inmediatas, como también del control de los movimientos corporales (véase F44.–), pero que surge como consecuencia de un trastorno orgánico.  
*Excluye:* trastornos disociativos [de conversión], no orgánicos o no especificados (F44.–)
- F06.6 Trastorno de labilidad emocional [asténico], orgánico**  
Trastorno caracterizado por incontinencia o labilidad emocional, fatigabilidad y por una diversidad de sensaciones físicas desagradables (por ejemplo, vértigo) y dolores, pero que surge como consecuencia de un trastorno orgánico.  
*Excluye:* trastornos somatomorfos, no orgánicos o no especificados (F45.–)
- F06.7 Trastorno cognoscitivo leve**  
Trastorno caracterizado por deterioro de la memoria, dificultades de aprendizaje y habilidad reducida para concentrarse en una tarea más allá de períodos breves. Se encuentra frecuentemente un marcado sentimiento de fatiga mental para acometer el trabajo intelectual, y la adquisición de aprendizajes es percibida como subjetivamente difícil aun cuando objetivamente se tenga éxito. Ninguno de estos síntomas son tan graves como para hacer el diagnóstico de demencia (F00–F03) o delirio (F05.–). Este diagnóstico debe hacerse sólo en asociación con un trastorno físico especificado y no debe hacerse en presencia de cualquiera de los trastornos mentales o del comportamiento clasificados en F10–F99. El trastorno puede anteceder, acompañar o presentarse después de una amplia variedad de infecciones y trastornos físicos, tanto cerebrales como sistémicos, pero la evidencia de afectación cerebral no está necesariamente presente. Puede diferenciarse del síndrome postencefalítico (F07.1) y del síndrome postconcusional (F07.2) por su etiología diferente, un menor rango de síntomas generales leves y usualmente una menor duración.
- F06.8 Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física**  
Psicosis epiléptica SAI

- F06.9 Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física**  
 Síndrome cerebral orgánico SAI  
 Trastorno mental orgánico SAI

**F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral**

La alteración de la personalidad y del comportamiento puede ser un trastorno residual o concomitante a la enfermedad, a la lesión o a una disfunción cerebrales.

**F07.0 Trastorno de la personalidad, orgánico**

Este trastorno se caracteriza por una alteración significativa del patrón habitual del comportamiento que exhibía la persona antes de la enfermedad, que afecta a la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos. También pueden formar parte del cuadro clínico el deterioro de la actividad cognoscitiva y del pensamiento y la alteración de la sexualidad.

Personalidad:

- seudopsicopática orgánica
- seudorretrasada orgánica

Síndrome (del, de la, de):

- lóbulo frontal
- personalidad de la epilepsia límbica
- postleucotomía
- lobotomía

**Excluye:** cambio persistente de la personalidad después de:

- enfermedad psiquiátrica (F62.1)
- experiencia catastrófica (F62.0)

síndrome:

- postconcusional (F07.2)
- postencefalítico (F07.1)

trastorno específico de la personalidad (F60.–)

**F07.1 Síndrome postencefalítico**

Cambio residual, no específico y variable del comportamiento, que aparece después de la recuperación de una encefalitis viral o bacteriana. El síndrome es reversible, lo cual constituye su diferencia principal con respecto a los trastornos de la personalidad de origen orgánico.

**Excluye:** trastorno orgánico de la personalidad (F07.0)

**F07.2 Síndrome postconcusional**

Este síndrome aparece después de un traumatismo en la cabeza (habitualmente de gravedad suficiente como para haber producido una pérdida de conciencia) y comprende un número de síntomas disímiles, tales como cefalea, vértigo, fatiga, irritabilidad, dificultad para la concentración y para la ejecución de actividades mentales, deterioro de la memoria, insomnio y reducción de la tolerancia al estrés, a la excitación emocional y al alcohol.

Síndrome:

- cerebral postraumático no psicótico
- postcontusión (encefalopatía)

**F07.8 Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión y disfunción cerebrales**

Trastorno afectivo orgánico del hemisferio derecho

**F07.9 Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento, no especificado, debido a enfermedad, lesión y disfunción cerebral**

Psicosíndrome orgánico

**F09**

**Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado**

Psicosis:

- orgánica SAI
- sintomática SAI

*Excluye:* psicosis SAI (F29)

## Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10–F19)

Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La sustancia en cuestión se indica por medio del tercer carácter, mientras los códigos del cuarto carácter especifican el cuadro clínico. Los códigos deben usarse para cada sustancia especificada, según sea necesario, pero debe notarse que no todos los códigos de cuarto carácter son aplicables a todas las sustancias.

La identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Estas incluyen el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien

informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta. Los otros diagnósticos deben codificarse cuando se han tomado otras drogas en cantidades tóxicas (cuarto carácter común .0) o en cantidades suficientes para causar daño (cuarto carácter común .1), dependencia (cuarto carácter común .2) u otros trastornos (cuarto carácter común .3–.9).

Sólo debe usarse el código de diagnóstico de trastornos resultantes del uso de múltiples drogas (F19.–) en los casos en los que los patrones de uso de drogas psicoactivas son caóticos e indiscriminados, o en los que las contribuciones de diferentes drogas psicoactivas están mezcladas inseparablemente.

**Excluye:** abuso de sustancias que no producen dependencia (F55)

Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter son para ser usadas con las categorías F10–F19:

### **.0 Intoxicación aguda**

Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia, y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los casos en los que hayan surgido daños tisulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirio, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia utilizada y de la forma de administración.

Embriaguez aguda en el alcoholismo

Embriaguez SAI

Intoxicación patológica

“Mal viaje” (drogas)

Trance y posesión en la intoxicación por sustancia psicoactiva

### **.1 Uso nocivo**

Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la autoadministración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol).

Abuso de sustancia psicoactiva

### **.2 Síndrome de dependencia**

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicoactiva (por ejemplo tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de

sustancia (por ejemplo drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

Alcoholismo crónico

Dipsomanía

Drogadicción

### **.3 Estado de abstinencia**

Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicoactiva utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

### **.4 Estado de abstinencia con delirio**

Afección en la que el estado de abstinencia definido en el cuarto carácter común .3 se complica con delirio según los criterios en F05. También se pueden presentar convulsiones. Cuando se considera que los factores orgánicos desempeñan también un papel en la etiología, la afección deberá clasificarse en F05.8.

Delirium tremens (inducido por el alcohol)

### **.5 Trastorno psicótico**

Conglomerado de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia psicoactiva, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditivas, en forma característica, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a la confusión grave.

Alucinosis

Celotipia

Paranoia

Psicosis SAI

} alcohólica

**Excluye:** trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por el alcohol u otras sustancias psicoactivas (F10–F19 con cuarto carácter común .7)

### **.6 Síndrome amnésico**

Síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente más perturbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo y de ordenamiento de los sucesos, como lo es también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. La confabulación puede ser notoria, aunque no siempre aparece. Habitualmente, las demás funciones cognitivas se encuentran relativamente bien conservadas, en tanto que los defectos amnésicos son desproporcionados en relación con las demás perturbaciones.

Psicosis o síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas o no especificadas

Trastorno amnésico inducido por alcohol o drogas

*Excluye:* psicosis o síndrome de Korsakov no alcohólico (F04)

### .7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

Trastorno en el cual los cambios cognitivos, de la afectividad, de la personalidad o del comportamiento inducidos por el alcohol o por sustancias psicoactivas, se prolongan más allá del período durante el cual podría asumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con las mismas. El comienzo del trastorno debe estar directamente relacionado con el consumo de la sustancia psicoactiva. En los casos en que el comienzo del estado ocurra más tarde que el o los episodios del uso de dicha sustancia, será codificado aquí sólo cuando se disponga de evidencias claras y firmes para atribuir ese estado a los efectos residuales de la sustancia psicoactiva. Las retrospectivas (flashbacks) deben ser diferenciadas del estado psicótico en parte por su naturaleza episódica, por ser frecuentemente de muy corta duración, y porque reproducen experiencias previas relacionadas con el alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Demencia alcohólica SAI

Demencia y otras formas más leves de deterioro intelectual permanente

Retrospectivas

Síndrome cerebral alcohólico crónico

Trastorno (de la):

- afectivo residual
- percepción postconsumo de alucinógenos
- psicótico de comienzo tardío inducido por sustancias psicoactivas
- residual de la personalidad y del comportamiento

*Excluye:* estado psicótico inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas (F10–F19 con cuarto carácter común .5)

síndrome de Korsakov inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas (F10–F19 con cuarto carácter común .6)

### .8 Otros trastornos mentales y del comportamiento

### .9 Trastorno mental y del comportamiento, no especificado

#### **F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol**

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

#### **F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos**

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

#### **F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides**

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

**F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos**

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

**F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína**

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

**F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína**

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

**F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos**

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

**F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco**

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

**F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles**

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

**F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas**

[Ver páginas 305–307 para las subdivisiones]

Se debe usar esta categoría cuando se sabe que hay en cuestión dos o más sustancias psicoactivas pero es imposible determinar cuál contribuye más al trastorno. Esta categoría debe emplearse también cuando es incierta o desconocida la identidad de alguna o incluso de todas las sustancias psicoactivas que han sido usadas, ya que muchas personas que consumen múltiples drogas a menudo no conocen en detalle cuáles están tomando.

**Incluye:** mal uso de drogas SAI

## Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20–F29)

En este grupo se han reunido la esquizofrenia en su calidad de integrante más importante del grupo, los trastornos esquizotípicos, los trastornos delirantes persistentes y un gran grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Los trastornos equivoafectivos se mantienen en este grupo, a pesar de que su naturaleza es objeto de controversia.

### **F20** Esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.

La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas. Los trastornos similares que se desarrollan cuando hay epilepsia u otra enfermedad cerebral deben ser clasificados en F06.2, y aquéllos inducidos por sustancias psicoactivas, en F10–F19 con cuarto carácter común .5.

**Excluye:** esquizofrenia:

- aguda (indiferenciada) (F23.2)
  - cíclica (F25.2)
- reacción esquizofrénica (F23.2)  
trastorno esquizotípico (F21)

### **F20.0** Esquizofrenia paranoide

En la esquizofrenia paranoide predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria.

Esquizofrenia parafrénica

**Excluye:** estado involutivo paranoide (F22.8)  
paranoia (F22.0)

**F20.1 Esquizofrenia hebefrénica**

Forma de esquizofrenia en la cual hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarios, comportamiento irresponsable e impredecible, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas “negativos”, especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia sólo en adolescentes o en adultos jóvenes.

Esquizofrenia desorganizada

Hebefrenia

**F20.2 Esquizofrenia catatónica**

En la esquizofrenia catatónica predominan importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alternar entre extremos tales como la hiperkinesia y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo. El paciente puede mantener posiciones y actitudes forzadas durante largos períodos. Una característica llamativa de esta afección son los posibles episodios de excitación violenta. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con un estado onírico (oneiroide), con alucinaciones escénicas vívidas.

Catalepsia esquizofrénica

Catatonía esquizofrénica

Estupor catatónico

Flexibilidad cérea esquizofrénica

**F20.3 Esquizofrenia indiferenciada**

Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos en F20.0–F20.2, o bien exhiben las características de más de uno de ellos sin claro predominio de ningún conjunto de rasgos diagnósticos en particular.

Esquizofrenia atípica

*Excluye:* depresión postesquizofrénica (F20.4)

esquizofrenia crónica indiferenciada (F20.5)

trastorno psicótico agudo esquizofreniforme (F23.2)

**F20.4 Depresión postesquizofrénica**

Episodio depresivo, que puede ser prolongado y que aparece como secuela de un mal esquizofrénico. Puede haber todavía algunos síntomas esquizofrénicos, tanto “positivos” como “negativos”, pero éstos ya no son los que predominan en el cuadro clínico. Estos estados depresivos se asocian con un alto riesgo de suicidio. Si el paciente ya no tiene ningún síntoma esquizofrénico, debe diagnosticarse el episodio depresivo (F32.–). Si los síntomas esquizofrénicos son aún floridos y relevantes, debe mantenerse el diagnóstico en el subtipo correspondiente de esquizofrenia (F20.0–F20.3).

**F20.5 Esquizofrenia residual**

Estadio crónico del desarrollo de un mal esquizofrénico en el que se haya registrado un claro progreso desde una etapa inicial a otra más avanzada que se caracteriza por síntomas “negativos” de larga duración, aunque no necesariamente irreversibles, entre los que se hallan la lentitud psicomotriz, la hipoactividad, el aplanamiento del afecto, la pasividad y la falta de iniciativa, la pobreza del lenguaje en cantidad y en contenido, la mediocridad de comunicación no verbal (mediante la expresión facial, el contacto visual, la modulación de la voz y la posición), el descuido personal y pobre desempeño social.

Esquizofrenia crónica indiferenciada

Estado esquizofrénico residual

Restzustand (esquizofrénico)

**F20.6 Esquizofrenia simple**

Trastorno en el cual se da un desarrollo insidioso pero progresivo de comportamiento extravagante, con incapacidad para cumplir con los requerimientos sociales y declinación del desempeño en general. Los rasgos negativos característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, el aplanamiento del afecto, la pérdida de la volición, etc.) se desarrollan sin ser precedidos por ninguna sintomatología psicótica manifiesta.

**F20.8 Otras esquizofrenias**

Esquizofrenia cenestopática

Psicosis esquizofreniforme SAI

Trastorno esquizofreniforme SAI

*Excluye:* trastornos esquizofreniformes breves (F23.2)

**F20.9 Esquizofrenia, no especificada**

**F21 Trastorno esquizotípico**

Trastorno caracterizado por comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y del afecto que se asemejan a los observados en la esquizofrenia, aunque en ninguna etapa aparecen anormalidades características y definitivamente esquizofrénicas. Entre sus síntomas puede haber afecto frío o inapropiado, anhedonia, comportamiento peculiar o excéntrico, tendencia al aislamiento social, ideas paranoides o estrafalarias que no alcanzan a ser verdaderos delirios, cavilaciones obsesivas, trastornos del pensamiento y perturbaciones de la percepción, episodios cuasipsicóticos transitorios ocasionales con intensas ilusiones, alucinaciones auditivas o de otra índole e ideas seudodelirantes, todo lo cual ocurre habitualmente sin mediar provocación externa alguna. No hay comienzo definido y su evolución y curso por lo común es la de un trastorno de la personalidad.

Esquizofrenia:

- latente
- limítrofe
- prepsicótica
- prodrómica
- seudoneurótica
- seudopsicopática

Reacción esquizofrénica latente

Trastorno esquizotípico de la personalidad

**Excluye:** síndrome de Asperger (F84.5)  
trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1)

**F22**

**Trastornos delirantes persistentes**

Comprende una diversidad de trastornos en los cuales los delirios de larga duración constituyen su única, o la más visible, característica clínica, y que no pueden ser clasificados como trastornos orgánicos, esquizofrénicos o afectivos. Los trastornos delirantes que hayan durado menos de unos pocos meses deben ser clasificados, al menos temporalmente, en F23.–

**F22.0 Trastorno delirante**

Trastorno caracterizado por el desarrollo de un delirio único o de un conjunto de delirios relacionados entre sí, los cuales son habitualmente persistentes y a veces duran toda la vida. El contenido del delirio (o de los delirios) es muy variable. Las alucinaciones auditivas claras y persistentes (voces), los síntomas de esquizofrenia tales como los delirios de control, el aplanamiento marcado del afecto y la evidencia definida de enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, especialmente en pacientes de edad avanzada, la presencia de alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias no excluye este diagnóstico, mientras ellas no sean típicamente esquizofrénicas y mientras constituyan sólo una pequeña parte del cuadro clínico general.

Beziehungswahn sensitivo

Estado paranoide

Parafrenia (tardía)

Paranoia

Psicosis paranoide

*Excluye:* esquizofrenia paranoide (F20.0)

psicosis paranoide, psicógena (F23.3)

reacción paranoide (F23.3)

trastorno paranoide de la personalidad (F60.0)

**F22.8 Otros trastornos delirantes persistentes**

Trastornos en los que el o los delirios se acompañan de voces alucinatorias persistentes, o de síntomas esquizofrénicos, que no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.–)

Dismorfofobia delirante

Estado paranoide involutivo

Paranoia querellante [querulans]

**F22.9 Trastorno delirante persistente, no especificado**

**F23**

**Trastornos psicóticos agudos y transitorios**

Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el comienzo agudo de síntomas psicóticos, tales como delirios, alucinaciones y perturbaciones de la percepción, y por una grave alteración del comportamiento habitual del paciente. Se define como agudo el desarrollo creciente de un cuadro clínico claramente anormal, en el lapso de dos semanas o menos. No hay evidencias de una causalidad orgánica en estos trastornos. A menudo hay desconcierto y perplejidad, pero la desorientación en tiempo, espacio y persona no es lo suficientemente persistente o severa para justificar el diagnóstico de delirio de causa orgánica (F05.-). Habitualmente hay recuperación completa en el lapso de unos pocos meses, a menudo en el término de pocas semanas o, incluso, de pocos días. Si el trastorno persiste será necesario hacer un cambio en la clasificación. El trastorno puede o no estar asociado a estrés agudo, definido como acontecimientos generalmente estresantes que preceden el comienzo de la enfermedad en una o dos semanas.

**F23.0**

**Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia**

Trastorno psicótico agudo en el cual son evidentes las alucinaciones, los delirios y las perturbaciones de la percepción, aun cuando son marcadamente variables y cambian de día a día o, incluso, de hora en hora. Con frecuencia hay también confusión emocional, con sentimientos transitorios intensos tanto de felicidad o de éxtasis, como de ansiedad e irritabilidad. El polimorfismo y la inestabilidad son característicos del cuadro clínico general, y los rasgos psicóticos no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Estos trastornos son a menudo de comienzo abrupto, evolucionan rápidamente en el lapso de unos pocos días y muestran generalmente una rápida resolución de los síntomas, sin recurrencias. Si los síntomas se mantienen, el diagnóstico debe cambiarse por el de trastorno delirante persistente (F22.-).

Bouffée délirante }  
 Psicosis cicloide } sin síntomas de esquizofrenia o no especificada

**F23.1**

**Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia**

Trastorno psicótico agudo en el cual se presenta el cuadro clínico polimorfo e inestable descrito en F23.0, pero a pesar de esta inestabilidad, se hacen evidentes también algunos síntomas típicos de la esquizofrenia durante la mayor parte de su evolución. Si los síntomas de esquizofrenia se mantienen, el diagnóstico debe cambiarse por el de esquizofrenia (F20.-)

Bouffée délirante }  
 Psicosis cicloide } con síntomas de esquizofrenia

- F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico**  
 Trastorno psicótico agudo en el que los síntomas psicóticos son relativamente estables y justifican el diagnóstico de esquizofrenia, pero de duración inferior a un mes. Tampoco aparecen los rasgos polimorfos e inestables descritos en F23.0. Si los síntomas de esquizofrenia se mantienen, el diagnóstico debe cambiarse por el de esquizofrenia (F20.-).  
 Esquizofrenia aguda (indiferenciada)  
 Onirofrenia  
 Psicosis esquizofreniforme breve  
 Reacción esquizofrénica  
 Trastorno esquizofreniforme breve  
*Excluye:* trastorno delirante [esquizofreniforme] orgánico (F06.2)  
 trastorno esquizofreniforme SAI (F20.8)
- F23.3 Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes**  
 Trastorno psicótico agudo cuyos rasgos clínicos principales son los delirios o las alucinaciones relativamente estables, que no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Si los delirios se mantienen, el diagnóstico debe cambiarse por el de trastorno delirante persistente (F22.-).  
 Psicosis paranoide psicógena  
 Reacción paranoide
- F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios**  
 Cualesquiera otros trastornos psicóticos agudos especificados, en los cuales no haya evidencia de causa orgánica, y que no justifiquen su clasificación en F23.0–F23.3.
- F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado**  
 Psicosis reactiva  
 Psicosis reactiva breve SAI
- F24 Trastorno delirante inducido**  
 Trastorno delirante compartido por dos o más personas, entre las cuales hay vínculos emocionales estrechos. Sólo una de las personas sufre un verdadero trastorno psicótico; en la o las otras, los delirios son inducidos, y habitualmente ceden cuando las personas son separadas.  
 Folie à deux  
 Trastorno paranoide inducido  
 Trastorno psicótico inducido

**F25 Trastornos esquizoafectivos**

Trastornos episódicos en los cuales son importantes tanto los síntomas afectivos como los síntomas esquizofrénicos, de manera que no se justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni el de episodio depresivo o maníaco. Las otras afecciones, en las cuales los síntomas afectivos se superponen a un mal esquizofrénico preexistente, o bien coexisten o se alternan con trastornos delirantes persistentes de otras clases, se clasifican en F20–F29. Los síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo en los trastornos afectivos no justifican el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

**F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco**

Trastorno en el cual son importantes tanto los síntomas esquizofrénicos como los síntomas maníacos, de manera que no se justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni el de episodio maníaco. Esta categoría debe ser utilizada tanto para un episodio único como para los trastornos recurrentes en los cuales la mayor parte de los episodios sean de tipo esquizoafectivo maníaco.

Psicosis esquizoafectiva de tipo maníaco

Psicosis esquizofreniforme de tipo maníaco

**F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo**

Trastorno en el cual son importantes tanto los síntomas esquizofrénicos como los síntomas depresivos, de manera que no se justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni el de episodio depresivo. Esta categoría debe ser utilizada para codificar tanto un episodio único, como los trastornos recurrentes, en los cuales la mayor parte de los episodios son esquizoafectivos, tipo depresivo.

Psicosis esquizoafectiva de tipo depresivo

Psicosis esquizofreniforme de tipo depresivo

**F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto**

Esquizofrenia cíclica

Psicosis mixta esquizofrénica y afectiva

**F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos**

**F25.9 Trastorno esquizoafectivo, no especificado**

Psicosis esquizoafectiva SAI

**F28 Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico**

Trastornos delirantes o alucinatorios que no justifican el diagnóstico de esquizofrenia (F20.–), de trastornos delirantes persistentes (F22.–), de trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.–), de episodios psicóticos maníacos (F30.2), ni de episodios psicóticos depresivos graves (F32.3).

Psicosis crónica alucinatoria

**F29 Psicosis de origen no orgánico, no especificada**

Psicosis SAI

*Excluye:* psicosis orgánica o sintomática SAI (F09)  
trastorno mental SAI (F99)

**Trastornos del humor [afectivos]  
(F30–F39)**

Son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante), o a la euforia. Este cambio del humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad, y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a esos cambios del ánimo y de la actividad, o bien, fácilmente explicables en el contexto de los mismos. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes, y a menudo el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadores de estrés.

**F30 Episodio maníaco**

Todas las subdivisiones de esta categoría deben usarse solamente para un episodio único. Los episodios hipomaníacos o maníacos que se den en personas que han tenido uno o más episodios afectivos previos (depresivos, hipomaníacos, maníacos o mixtos) deben codificarse como trastorno afectivo bipolar (F31.–).

*Incluye:* episodio maníaco único en un trastorno bipolar

**F30.0 Hipomanía**

Trastorno caracterizado por una elevación leve y persistente del humor, por incremento de la energía y de la actividad y, habitualmente, por marcados sentimientos de bienestar y de eficiencia física y mental. A menudo hay incremento de la sociabilidad, locuacidad, exceso de familiaridad, aumento de la energía sexual y reducción de las necesidades de sueño, aun cuando no hasta el punto de que conduzcan al paciente a una interrupción laboral o que produzcan rechazo social. Esta sociabilidad eufórica, aunque es lo más frecuente en estos casos, puede ser remplazada por irritabilidad, engreimiento y comportamiento grosero. Las perturbaciones del ánimo y del comportamiento no se presentan acompañadas de alucinaciones ni de delirios.

**F30.1 Manía sin síntomas psicóticos**

El humor se halla elevado, sin guardar relación con las circunstancias en que se encuentra el paciente, y puede variar entre una jovialidad despreocupada y una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de un incremento de la energía que produce hiperactividad, apremio del lenguaje y reducción de la necesidad de sueño. La atención no puede ser mantenida, y a menudo hay marcada tendencia a la distracción. Con frecuencia la autoestima crece desmesuradamente, con ideas de grandeza y exceso de confianza en sí mismo. La pérdida de las inhibiciones sociales normales puede dar lugar a comportamientos desvergonzados, temerarios o inadecuados a las circunstancias, e impropiedades.

**F30.2 Manía con síntomas psicóticos**

Además del cuadro clínico descrito en F30.1, hay delirios (habitualmente, de grandeza) o alucinaciones (habitualmente, voces que hablan al paciente directamente), o bien ocurre que la excitación, el exceso de actividad motriz y la fuga de ideas son tan extremados que la comunicación corriente con el paciente se hace incomprensible o es inalcanzable.

Estupor maníaco

Manía con:

- síntomas psicóticos congruentes con el humor
- síntomas psicóticos incongruentes con el humor

**F30.8 Otros episodios maníacos**

**F30.9 Episodio maníaco, no especificado**

Manía SAI

**F31**

**Trastorno afectivo bipolar**

Trastorno caracterizado por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente se hallan profundamente perturbados. En algunas ocasiones esta perturbación consiste en una elevación del humor y en un incremento de la energía y de la actividad (hipomanía o manía) y en otras, en un decaimiento del humor y en una disminución de la energía y de la actividad (depresión). Los episodios repetidos de hipomanía o de manía solamente, se clasifican como trastornos bipolares.

*Incluye:* enfermedad maníaco-depresiva  
psicosis maníaco-depresiva  
reacción maníaco-depresiva

*Excluye:* ciclotimia (F34.0)  
episodio maníaco único en un trastorno bipolar (F30.–)

**F31.0 Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaníaco presente**

El paciente está hipomaníaco en la actualidad, y en el pasado ha sufrido al menos otro episodio afectivo (hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto).

**F31.1 Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos**

El paciente está maníaco en la actualidad, sin síntomas psicóticos (como en F30.1), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo (hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto).

**F31.2 Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos**

El paciente está maníaco en la actualidad y presenta síntomas psicóticos (como en F30.2), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo (hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto).

**F31.3 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado**

El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo leve o de gravedad moderada (F32.0 o F32.1), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaníaco, maníaco o mixto bien identificado.

- F31.4 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos**  
 El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaniaco, maniaco o mixto bien identificado.
- F31.5 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos**  
 El paciente está deprimido en la actualidad, como en un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), y en el pasado ha sufrido al menos un episodio afectivo hipomaniaco, maniaco o mixto, bien identificado.
- F31.6 Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente**  
 El paciente ha sufrido en el pasado al menos un episodio afectivo maniaco, hipomaniaco depresivo o mixto bien identificado, en tanto que en la actualidad exhibe una mezcla de síntomas maníacos y depresivos, o bien pasa rápidamente de unos a otros.  
*Excluye:* episodio afectivo mixto único (F38.0)
- F31.7 Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión**  
 El paciente ha sufrido en el pasado al menos un episodio afectivo maniaco, hipomaniaco o mixto bien identificado y ha tenido además por lo menos otro episodio afectivo, depresivo, hipomaniaco, maniaco o mixto; en la actualidad, empero, no sufre ninguna perturbación significativa del ánimo ni la ha sufrido en varios meses. Deben codificarse aquí los períodos de remisión mientras están recibiendo tratamiento profiláctico.
- F31.8 Otros trastornos afectivos bipolares**  
 Episodios maníacos recurrentes SAI  
 Trastorno bipolar II
- F31.9 Trastorno afectivo bipolar, no especificado**

**F32 Episodio depresivo**

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

**Incluye:** episodios únicos de:

- depresión psicógena
- depresión reactiva
- reacción depresiva

**Excluye:** cuando se asocia con trastornos de la conducta en F91.–  
(F92.0)  
trastornos de adaptación (F43.2)  
trastorno depresivo recurrente (F33.–)

**F32.0 Episodio depresivo leve**

Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

**F32.1 Episodio depresivo moderado**

Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

**F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”.

Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión:

- agitada
- profunda
- vital

- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos**  
 Episodio de depresión similar al descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo.  
 Episodios únicos de:
- depresión profunda con síntomas psicóticos
  - depresión psicótica
  - psicosis depresiva psicógena
  - psicosis depresiva reactiva
- F32.8 Otros episodios depresivos**  
 Depresión atípica  
 Episodios únicos de depresión “enmascarada” SAI
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado**  
 Depresión SAI  
 Trastorno depresivo SAI

**F33**

**Trastorno depresivo recurrente**

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo (F32.–), sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el tratamiento antidepressivo. Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente (F33.2 y F33.3) tienen mucho en común con conceptos más primarios, como los de depresión maniaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad entre la niñez y la senectud. El comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses. El riesgo de que un paciente con un trastorno depresivo recurrente sufra un episodio de manía no desaparece jamás totalmente, por muchos que hayan sido los episodios depresivos que haya experimentado. Si esto ocurre, debe modificarse el diagnóstico por el de trastorno afectivo bipolar (F31.–).

**Incluye:** episodios recurrentes de:

- depresión psicógena
  - depresión reactiva
  - reacción depresiva
- trastorno depresivo estacional

**Excluye:** episodios recurrentes depresivos breves (F38.1)

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente**  
 Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual leve, como el descrito en F32.0, y sin antecedentes de manía.

- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente**  
Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual de gravedad moderada, como el descrito en F32.1, y sin antecedentes de manía.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos**  
Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y sin síntomas psicóticos, como el descrito en F32.2, y sin antecedentes de manía.  
Depresión endógena sin síntomas psicóticos  
Depresión profunda recurrente sin síntomas psicóticos  
Depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos  
Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo sin síntomas psicóticos
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos**  
Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y con síntomas psicóticos, como el descrito en F32.3, y sin antecedentes de manía.  
Depresión endógena con síntomas psicóticos  
Episodios recurrentes graves de:  
• depresión profunda con síntomas psicóticos  
• depresión psicótica  
• psicosis depresiva psicógena  
• psicosis depresiva reactiva  
Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo con síntomas psicóticos
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión**  
El paciente ha sufrido dos o más episodios depresivos como los clasificados en F33.0–F33.3, pero no tiene síntomas depresivos desde hace varios meses.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes**
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente, no especificado**  
Depresión monopolar SAI

**F34**

**Trastornos del humor [afectivos] persistentes**

Trastornos del humor persistentes y habitualmente fluctuantes, en los cuales la mayoría de los episodios individuales no llegan a ser suficientemente graves como para que se justifique describirlos como episodios hipomaniacos, ni como episodios depresivos leves. Debido a que duran años, afectando a veces la mayor parte de la vida adulta del paciente, implican una angustia y una incapacidad considerables. En algunos casos los episodios maniacos o depresivos recurrentes o únicos pueden aparecer superpuestos a un trastorno afectivo persistente.

**F34.0**

**Ciclotimia**

Inestabilidad persistente del humor, que se manifiesta a través de varios períodos de depresión y de excitación leve, ninguno de los cuales es suficientemente grave o prolongado como para justificar el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (F31.–) o trastorno depresivo recurrente (F33.–). Con frecuencia este trastorno se encuentra entre los parientes de los pacientes que sufren un trastorno afectivo bipolar. Algunas personas ciclotímicas desarrollan con el tiempo un trastorno afectivo bipolar.

Personalidad cicloide

Personalidad ciclotímica

Trastorno afectivo de la personalidad

**F34.1**

**Distimia**

Depresión crónica del humor, que dura al menos varios años y no es suficientemente grave, o bien cuyos episodios individuales no alcanzan a ser suficientemente prolongados como para justificar el diagnóstico tanto de las formas graves y moderadas como de las formas leves del trastorno depresivo recurrente (F33.–).

Depresión ansiosa persistente

Depresión neurótica

Neurosis depresiva

Trastorno depresivo de la personalidad

*Excluye:* depresión ansiosa (leve o no persistente) (F41.2)

**F34.8**

**Otros trastornos del humor [afectivos] persistentes**

**F34.9**

**Trastorno persistente del humor [afectivo], no especificado**

**F38**

**Otros trastornos del humor [afectivos]**

Cualquier otro trastorno del humor que no justifica su clasificación en F30–F34, porque no es suficientemente grave o duradero.

**F38.0**

**Otros trastornos del humor [afectivos], aislados**

Episodio afectivo mixto

**F38.1**

**Otros trastornos del humor [afectivos], recurrentes**

Episodios depresivos recurrentes breves

**F38.8**

**Otros trastornos del humor [afectivos], especificados**

**F39 Trastorno del humor [afectivo], no especificado**

Psicosis afectiva SAI

**Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40–F48)**

*Excluye:* cuando están asociados con trastornos de la conducta en F91.– (F92.8)

**F40 Trastornos fóbicos de ansiedad**

Grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones bien definidas, que por lo común no son peligrosas. Como resultado, estas situaciones son típicamente evitadas, o son soportadas con pavor. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura. La previsión del ingreso a una situación fóbica genera habitualmente ansiedad con anticipación. A menudo coexisten la ansiedad fóbica y la depresión. Para definir si se requieren dos diagnósticos —la ansiedad fóbica y el episodio depresivo— o si sólo es necesario uno, hay que basarse en la evolución en el tiempo de las dos afecciones y en las consideraciones terapéuticas en el momento de la consulta.

**F40.0 Agorafobia**

Conglomerado relativamente bien definido de fobias que abarca el miedo a salir del hogar, el miedo a entrar a locales comerciales, a sitios donde hay multitudes o a lugares públicos, o el miedo a viajar solo en tren, en ómnibus o en avión. Una característica frecuente en los episodios anteriores y en los actuales es la crisis de angustia (pánico). También aparecen con frecuencia síntomas depresivos y obsesivos, y fobias a la interacción social, en calidad de rasgos secundarios. A menudo los pacientes evitan notablemente la situación fóbica, dado lo cual algunos agorafóbicos experimentan poca ansiedad, porque son capaces de evitar sus situaciones fóbicas.

Agorafobia sin historia de trastornos de pánico

Trastorno de pánico con agorafobia

**F40.1 Fobias sociales**

Temor a ser escudriñado por la gente, que lleva al paciente a evitar situaciones de interacción social. Las fobias más profundas a la interacción social se asocian habitualmente con una baja autoestima y con un temor a la crítica. Los pacientes pueden presentar síntomas de rubor, temblor de las manos, náuseas o necesidad urgente de orinar, y a veces están convencidos de que una de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad es su problema primario. Los síntomas pueden progresar hasta los ataques de pánico.

Antropofobia

Neurosis social

**F40.2 Fobias específicas (aisladas)**

Son fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como la cercanía de ciertos animales, las alturas, el trueno, la oscuridad, volar en avión, los espacios cerrados, orinar o defecar en baños públicos, la ingestión de ciertos alimentos, la atención dental o la visión de sangre o de heridas. Aunque la situación desencadenante es discreta, su aparición puede provocar pánico, al igual que en la agorafobia o en la fobia social.

Acrofobia

Claustrofobia

Fobia a los animales

Fobia simple

*Excluye:* dismorfofobia (sin delirios) (F45.2)  
nosofobia (F45.2)

**F40.8 Otros trastornos fóbicos de ansiedad**

**F40.9 Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado**

Estado fóbico SAI

Fobia SAI

**F41**

**Otros trastornos de ansiedad**

Trastornos en los cuales la manifestación de ansiedad es el síntoma principal y no está restringida a ninguna situación específica del entorno. Puede haber también síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, a condición de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

**F41.0 Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]**

El rasgo fundamental son los ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un conjunto de circunstancias, y que por lo tanto son impredecibles. Como ocurre en otros trastornos de ansiedad, entre los síntomas predominantes se cuentan el comienzo repentino de palpitaciones, el dolor precordial, las sensaciones de asfixia, el vértigo y los sentimientos de irrealidad (despersonalización y falta de vínculo con la realidad). A menudo hay también un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. La crisis de angustia no debe aparecer como diagnóstico principal si el paciente padece un trastorno depresivo en el período en que se inician los ataques, dado que en esas circunstancias las crisis de angustia son probablemente secundarias a la depresión.

Ataque de pánico

Estado de pánico

*Excluye:* trastorno de pánico con agorafobia (F40.0)

**F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada**

Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.

Estado  
Neurosis  
Reacción

} de ansiedad

*Excluye:* neurastenia (F48.0)

**F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión**

Esta categoría debe ser utilizada cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de estos síntomas sea claramente predominante, ni aparezca con tal importancia que justifique un diagnóstico particular, si es que se los considera por separado. Cuando se dan en conjunto los síntomas de ansiedad y de depresión, y son suficientemente graves como para justificar diagnósticos separados, deben registrarse ambos y, por lo tanto, esta categoría no deberá ser utilizada.

Depresión de ansiedad (leve o no persistente)

**F41.3 Otros trastornos de ansiedad mixtos**

Síntomas de ansiedad mezclados con rasgos de otros trastornos en F42–F48. Ningún tipo de síntoma es suficientemente grave como para justificar un diagnóstico, si es que se consideran aisladamente.

**F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados**

Histeria de ansiedad

**F41.9 Trastorno de ansiedad, no especificado**

Ansiedad SAI

**F42**

**Trastorno obsesivo-compulsivo**

Sus rasgos fundamentales estriban en la presencia de pensamientos obsesivos, o de actos compulsivos, ambos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que penetran la mente del paciente una y otra vez, en forma estereotipada. Estos pensamientos son casi invariablemente angustiantes y el paciente afectado intenta a menudo rechazarlos, sin tener éxito en su empeño. A pesar de esto, son reconocidos como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y a menudo repugnantes. Los actos compulsivos o ritos compulsivos son comportamientos estereotipados, repetidos una y otra vez. No son intrínsecamente agradables, ni tienen como finalidad el cumplimiento de tareas inherentemente útiles. Su función es prevenir algún suceso, objetivamente improbable, a menudo un daño causado al o por el paciente, que éste teme que, de otro modo, puede ocurrir. Habitualmente el paciente reconoce que este comportamiento no tiene sentido o que es ineficaz, dado lo cual realiza intentos repetidos para resistirse a él. Casi invariablemente hay ansiedad, la cual empeora si los actos compulsivos son resistidos.

*Incluye:* neurosis anancástica  
neurosis obsesivo-compulsiva

*Excluye:* trastornos obsesivo-compulsivos de la personalidad  
(F60.5)

**F42.0**

**Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas**

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos para la acción, casi siempre angustiantes para el paciente. Algunas veces estas ideas son indecisas e interminables consideraciones sobre alternativas, asociadas con una incapacidad para tomar decisiones triviales pero necesarias en la vida cotidiana. La relación entre las rumiaciones obsesivas y la depresión es particularmente estrecha, por lo que el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo debe ser preferido sólo si las rumiaciones surgen o persisten en ausencia de un episodio depresivo.

**F42.1**

**Predominio de actos compulsivos [rituales obsesivos]**

La mayoría de los actos compulsivos se refieren al aseo (especialmente al lavado de manos), a la verificación repetida para asegurarse de que se ha logrado impedir el desarrollo de alguna situación potencialmente peligrosa, o al orden y a la pulcritud. Subyace al comportamiento manifiesto un temor a una situación de peligro para el paciente, que puede ser causada por él, y el ritual es un intento ineficaz o simbólico para alejar ese peligro.

**F42.2**

**Actos e ideas obsesivas mixtos**

**F42.8**

**Otros trastornos obsesivo-compulsivos**

**F42.9**

**Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado**

**F43** **Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación**

Esta categoría difiere de las otras por el hecho de que incluye trastornos identificables no sólo en base a su sintomatología y evolución, sino también a la existencia de una u otra de las siguientes dos influencias causales: un suceso vital excepcionalmente estresante que produce una reacción aguda de estrés, o un cambio vital significativo que induce circunstancias desagradables prolongadas, el cual da como resultado un trastorno de adaptación. Aunque el estrés psicosocial menos grave (“sucesos vitales”) puede precipitar el inicio o contribuir a la presentación de una amplia diversidad de trastornos clasificados en otras partes de este capítulo, su importancia etiológica no siempre es clara, y en ellos el cuadro depende de la vulnerabilidad individual, a menudo idiosincrásica, del paciente. Es decir, los sucesos vitales no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición y la forma del trastorno. Por el contrario, se considera que los trastornos aquí agrupados surgen siempre como consecuencias directas del estrés agudo grave o del trauma prolongado. El suceso estresante o las circunstancias desagradables prolongadas constituyen el factor causal primario y esencial, al punto de que el trastorno no habría tenido lugar sin estos impactos. Los trastornos en esta categoría pueden ser considerados así como respuestas adaptativas patológicas al estrés grave o prolongado, en el sentido de que interfieren con los mecanismos de adaptación normales, por lo cual inducen un deterioro del funcionamiento social del paciente.

**F43.0** **Reacción al estrés agudo**

Trastorno transitorio que se desarrolla en una persona que no tiene ningún otro trastorno mental aparente, en respuesta a un estrés físico y mental excepcional y que habitualmente remite en un lapso de horas o de días. En la aparición y en la gravedad de las reacciones agudas de estrés desempeñan un papel la vulnerabilidad individual y la capacidad de adaptación de la persona. Los síntomas configuran un cuadro típicamente cambiante y mezclado que comprende un estado inicial de “aturdimiento”, con cierta constricción del campo de la conciencia y con estrechamiento de la atención, incapacidad para captar estímulos y desorientación. Este estado puede ser seguido tanto de un aislamiento ulterior de la situación circundante (incluso hasta el grado de un estupor disociativo, F44.2), como de agitación e hiperactividad (reacción de fuga). Con frecuencia hay signos autonómicos de pánico grave ansioso (taquicardia, sudor, rubor). Habitualmente los síntomas aparecen minutos después del impacto del estímulo o suceso estresante, y desaparecen en el lapso de dos o tres días (y a menudo, en horas). Puede haber amnesia total o parcial del episodio (F44.0). Si los síntomas persisten, debe considerarse un cambio de diagnóstico.

Choque psíquico

Estado de crisis

Fatiga de combate

Reacción aguda al estrés

Reacción de crisis aguda

**F43.1 Trastorno de estrés postraumático**

Surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona. Los factores predisponentes, como los rasgos de la personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos), o una historia de males neuróticos previos, pueden incidir en una reducción del umbral tras el cual se desarrolla el síndrome, o se agrava su evolución, pero ninguno de estos antecedentes es necesario ni suficiente para explicar su aparición. Entre sus características distintivas se encuentran los episodios repetidos en que se revive el trauma a través de recuerdos intrusos (“retrospectivas”), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de “torpor” y de aplanamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de respuesta a las circunstancias, de anhedonia y de impedimento de las actividades y de las situaciones que le recuerdan el trauma. Habitualmente hay un estado de alerta excesivo en la esfera autonómica, con hipervigilancia, incremento de la reacción de alarma e insomnio. La ansiedad y la depresión se asocian con frecuencia con los síntomas y los signos descritos, y no son infrecuentes las ideas suicidas. El comienzo del trastorno sigue a la presentación del trauma con un período de latencia que puede variar desde pocas semanas a unos meses. La evolución es fluctuante, aun cuando en la mayoría de los casos se puede esperar una recuperación. En una pequeña proporción de los casos la afección puede presentar un curso crónico de varios años, con un eventual cambio perdurable de la personalidad (F62.0).

Neurosis traumática

**F43.2 Trastornos de adaptación**

Estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño sociales, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante. El factor estresante puede haber afectado la integridad de la red de relaciones sociales de la persona (duelo, experiencias de separación), puede haber alterado el sistema más amplio de sus fundamentos y valores sociales (migración, condición de refugiados), o bien puede haber representado una transición o una crisis importante en su desarrollo (ingreso a la escuela, paternidad, fracaso en la obtención de una meta personal esperada, jubilación). La predisposición o la vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de adaptación, si bien se acepta que la afección no habría surgido sin la acción del factor estresante. Las manifestaciones varían, incluyen depresión del humor, ansiedad o preocupación (o una mezcla de ambas), sentimiento de incapacidad para arreglárselas, para planificar el futuro o para continuar en la situación actual, como también cierto grado de deterioro en la ejecución de la rutina diaria. Puede haber rasgos de trastornos de la conducta asociados, especialmente en los adolescentes. El rasgo predominante puede consistir en una reacción depresiva breve o prolongada o en una perturbación de otras emociones y de la conducta.

Choque cultural

Hospitalismo en niños

Reacción de duelo

*Excluye:* trastorno de ansiedad de separación en la niñez (F93.0)

**F43.8 Otras reacciones al estrés grave**

**F43.9 Reacción al estrés grave, no especificada**

**F44**

**Trastornos disociativos [de conversión]**

La temática común compartida por los trastornos disociativos y de conversión consiste en una pérdida parcial o total de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y de las sensaciones inmediatas, y el control de los movimientos corporales. Todos los tipos de trastornos disociativos tienden a remitir después de pocas semanas o meses, especialmente si su comienzo está asociado con un suceso vital traumático. Si el inicio se asocia con problemas insolubles o dificultades interpersonales, pueden desarrollarse trastornos más crónicos, en especial parálisis y anestias. Anteriormente estos trastornos se clasificaban en diversos tipos de “histeria de conversión”. Se cree que son de origen psicógeno y que se asocian estrechamente con sucesos traumáticos, con problemas insolubles e intolerables o con perturbaciones de las relaciones. A menudo los síntomas representan el concepto que el paciente tiene de las formas de manifestación de una enfermedad física. El examen médico y los estudios no revelan ningún trastorno físico ni neurológico. Además, hay evidencias de que la pérdida de la función es expresión de conflictos o de necesidades emocionales. Los síntomas pueden desarrollarse en estrecha asociación con el estrés psicológico, y a menudo son de aparición brusca. Están incluidos aquí sólo los trastornos de las funciones físicas que se hallan normalmente bajo control voluntario y la pérdida de las sensaciones. Los trastornos que implican dolor y otras sensaciones físicas complejas, mediadas por el sistema nervioso autónomo, se clasifican como trastorno de somatización (F45.0). Debe tenerse en mente siempre la posibilidad de una aparición posterior de trastornos físicos o psiquiátricos graves.

**Incluye:** histeria  
 histeria de conversión  
 psicosis histérica  
 reacción de conversión

**Excluye:** simulación consciente [enfermo simulador] (Z76.5)

**F44.0**

**Amnesia disociativa**

Su principal característica es la pérdida de la memoria, habitualmente de sucesos importantes recientes, que no se debe a un trastorno mental orgánico pero que es demasiado importante como para que pudiera ser explicada por olvido o por fatiga comunes. La amnesia se centra habitualmente en sucesos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados, y por lo general es parcial y selectiva. Es rara la amnesia completa y generalizada, la cual habitualmente forma parte de una fuga (F44.1). Si es así, debe clasificarse como tal. No debe hacerse este diagnóstico si hay un trastorno cerebral orgánico o una intoxicación o fatiga excesiva.

**Excluye:** amnesia anterógrada (R41.1)  
 amnesia postictal en la epilepsia (G40.-)  
 amnesia retrógrada (R41.2)  
 amnesia SAI (R41.3)  
 síndrome amnésico orgánico no alcohólico (F04)  
 trastorno amnésico alcohólico o inducido por drogas  
 (F10–F19 con cuarto carácter común .6)

**F44.1 Fuga disociativa**

La fuga disociativa tiene todas las características de la amnesia disociativa más el propósito de escapar de la realidad cotidiana. Aunque hay amnesia del período de fuga, el comportamiento del paciente durante el mismo puede parecer completamente normal para los observadores no informados.

*Excluye:* fuga postictal en la epilepsia (G40.–)

**F44.2 Estupor disociativo**

El estupor disociativo se diagnostica en base a una disminución profunda o una ausencia de movimiento voluntario y de respuesta normal a estímulos externos como la luz, el ruido o el tacto, pero el examen médico y los análisis de laboratorio no revelan evidencia de causa física alguna. Además, hay evidencia positiva de la causalidad psicógena del trastorno a partir de sucesos o problemas estresantes recientes.

*Excluye:* estupor:

- SAI (R40.1)
  - catatónico (F20.2)
  - depresivo (F31–F33)
  - maníaco (F30.2)
- trastorno catatónico orgánico (F06.1)

**F44.3 Trastornos de trance y de posesión**

Trastornos en los cuales hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. Deben incluirse aquí sólo estados de trance involuntarios o no deseados y que tienen lugar fuera de situaciones religiosas o culturalmente aceptadas.

*Excluye:* estados asociados con:

- esquizofrenia (F20.–)
- intoxicación con sustancia psicoactiva (F10–F19, con cuarto carácter común .0)
- síndrome postconcusional (F07.2)
- trastorno orgánico de la personalidad (F07.0)
- trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.–)

**F44.4 Trastornos disociativos del movimiento**

Las variedades más comunes de este trastorno consisten en la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o de una parte de una o más extremidades. Puede haber un parecido estrecho con casi cualquier variedad de ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia, convulsiones o parálisis.

Afonía psicógena

Disfonía psicógena

**F44.5 Convulsiones disociativas**

Las convulsiones disociativas pueden imitar muy estrechamente a los ataques epilépticos en cuanto a los movimientos, pero rara vez el paciente se muere de la lengua, sufre contusiones al caer o presenta incontinencia de orina. No hay pérdida de la conciencia, o ésta es remplazada por un estado de estupor o de trance.

**F44.6 Anestesia disociativa y pérdida sensorial**

Las áreas cutáneas que presentan anestesia tienen evidente relación con las ideas que el paciente tiene de las funciones corporales, antes que con conocimientos médicos. Puede haber pérdidas diferenciales entre las distintas modalidades sensoriales, las cuales no es posible que se deban a lesiones neurológicas. La pérdida sensorial puede acompañarse de quejas de parestesia. La pérdida de la visión y de la audición raramente son totales en los trastornos disociativos.

Sordera de origen psicógeno

**F44.7 Trastornos disociativos mixtos [y de conversión]**

Combinación entre los trastornos descritos en F44.0–F44.6

**F44.8 Otros trastornos disociativos [de conversión]**

Confusión psicógena

Estado crepuscular psicógeno

Personalidad múltiple

Síndrome de Ganser

**F44.9 Trastorno disociativo [de conversión], no especificado**

**F45**

**Trastornos somatomorfos**

La característica principal es la presentación repetida de síntomas físicos, junto con solicitudes persistentes de exámenes médicos, a pesar de que los hallazgos sean repetidamente negativos y de que los médicos hayan reafirmado que los síntomas no tienen fundamentos físicos. Si es que existen algunos trastornos físicos, éstos no llegan a explicar la naturaleza ni la magnitud de los síntomas ni la aflicción y la preocupación del paciente.

*Excluye:* ceceo (F80.8)

disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni

enfermedad orgánicos (F52.–)

factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte (F54)

jaladura de cabellos (F98.4)

lambdacismo (lalación) (F80.0)

onicofagia (F98.8)

síndrome de la Tourette (F95.2)

succión del pulgar (F98.8)

tics (en la niñez y en la adolescencia) (F95.–)

Trastorno de Briquet

trastornos disociativos (F44.–)

tricotilomanía (F63.3)

**F45.0 Trastorno de somatización**

Sus principales características son los síntomas físicos múltiples, recurrentes y cambiantes, que duran por lo menos dos años. La mayoría de los pacientes ha tenido una larga y complicada historia de contactos con los servicios de atención médica primaria y especializada, durante la cual pueden haberse realizado muchos análisis negativos de laboratorio o exploraciones infructuosas. Los síntomas pueden referirse a cualquier parte o sistema corporal. La evolución del trastorno es crónica y fluctuante, y a menudo se asocia con una alteración del comportamiento social, interpersonal y familiar. Las formas sintomáticas de corta duración (de menos de dos años) y menos llamativas deben clasificarse como trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1).

Trastorno psicósomático múltiple

*Excluye:* simulación consciente [enfermo simulador] (Z76.5)

**F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado**

Este diagnóstico debe ser considerado cuando las quejas somatomorfas son múltiples, variadas y persistentes, pero sin llegar a configurar el cuadro clínico característico de la somatización.

Trastorno psicósomático indiferenciado

**F45.2 Trastorno hipocondríaco**

Su característica esencial es una preocupación persistente por la posibilidad de sufrir uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan quejas somáticas persistentes o una preocupación mantenida por su apariencia física. Las sensaciones y los aspectos normales y corrientes son a menudo interpretados por el paciente como anormales y angustiantes, y habitualmente enfoca la atención en sólo uno o dos órganos o sistemas corporales. A menudo hay depresión y ansiedad marcadas que pueden fundamentar diagnósticos adicionales.

Dismorfofobia (sin delirios)

Hipocondría

Neurosis hipocondríaca

Nosofobia

Trastorno dismórfico corporal

*Excluye:* delirios fijos acerca de las funciones o de la forma corporal (F22.-)

dismorfofobia delirante (F22.8)

**F45.3 Disfunción autonómica somatomorfa**

El paciente presenta los síntomas como si fueran debidos a un trastorno físico de un sistema o de un órgano que se halla mayoritaria o totalmente inervado y bajo control por el sistema nervioso autónomo, como por ejemplo, los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio y urogenital. Habitualmente los síntomas son de dos tipos, ninguno de los cuales indica que haya un trastorno físico del órgano o del sistema afectado. En primer lugar, hay quejas que se basan en los signos objetivos de la excitación del sistema nervioso autónomo, tales como palpitaciones, sudoración, rubor, temblor y manifestación de temor y de angustia por la posibilidad de sufrir un trastorno físico. En segundo lugar, hay quejas subjetivas de naturaleza inespecífica o cambiante sobre dolores transitorios, sensaciones de ardor, pesadez, tirantez y sensación de estar hinchado o distendido, las cuales se refieren a un órgano o sistema específico.

Astenia neurocirculatoria

Formas psicógenas de:

- aerofagia
- diarrea
- dispepsia
- disuria
- flatulencia
- hiperventilación
- hipo
- pilorospasmo
- polaquiuria
- síndrome de colon irritable
- tos

Neurosis cardíaca

Neurosis gástrica

Síndrome de Da Costa

**Excluye:** factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte (F54)

**F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo**

La queja principal se refiere a un dolor persistente, grave y angustiante, que no puede ser totalmente explicado por un proceso fisiológico, ni por un trastorno físico, y que se produce en asociación con conflictos emocionales o con problemas psicosociales suficientes como para concluir que son los principales factores causales. Habitualmente el resultado es un notorio aumento del apoyo y de la atención, tanto personal como de los médicos. No incluya aquí el dolor que se presume de origen psicógeno y que ocurre durante la evolución de trastornos depresivos o de una esquizofrenia.

Cefalea psicógena

Dolor de espalda psicógeno

Psicalgia

Trastorno doloroso somatomorfo

**Excluye:** cefalea debida a tensión (G44.2)

dolor:

- SAI (R52.9)
- agudo (R52.0)
- crónico (R52.2)
- crónico intratable (R52.1)

dolor de espalda SAI (M54.9)

**F45.8 Otros trastornos somatomorfos**

Cualquier otro trastorno de la sensación, de la función y del comportamiento, no debido a trastornos físicos, ni en el que intervenga el sistema nervioso autónomo, que se circunscriba a determinados sistemas o partes del cuerpo y que se halle en estrecha asociación temporal con sucesos o problemas estresantes.

Disfagia psicógena, incluido el “globus hystericus”

Dismenorrea psicógena

Prurito psicógeno

Rechinamiento de dientes

Tortícolis

**F45.9 Trastorno somatomorfo, no especificado**

Trastorno psicosomático SAI

**F48 Otros trastornos neuróticos**

**F48.0 Neurastenia**

En las formas de presentación de este trastorno inciden las grandes diferencias culturales. Existen dos tipos, entre los cuales se da una superposición considerable. En un tipo, el rasgo principal es la queja de un aumento de la fatigabilidad después del esfuerzo mental, que se asocia a menudo con cierta disminución en el desempeño ocupacional y en la eficiencia para cumplir con las tareas cotidianas. La fatigabilidad mental se describe típicamente como una intrusión desagradable de asociaciones y recuerdos distractores, dificultad de concentración y como un pensamiento ineficiente, en general. En el otro tipo, el énfasis está puesto en los sentimientos de debilidad física o del cuerpo y en el agotamiento, posterior al esfuerzo mínimo, que se acompaña de una sensación de dolor muscular y de incapacidad para relajarse. En ambos tipos es frecuente una diversidad de otras sensaciones físicas desagradables, tales como el vértigo, las cefaleas tensionales y las sensaciones de inestabilidad general. Son frecuentes también las preocupaciones por la posible disminución del bienestar mental y físico, la irritabilidad, la anhedonia y grados variables de depresión y ansiedad. El sueño se halla a menudo perturbado en sus fases inicial e intermedia, pero puede haber también una importante hipersomnia.

Síndrome de fatiga

Use código adicional si desea identificar la enfermedad física previa.

**Excluye:** astenia SAI (R53)  
 consumisión (Z73.0)  
 malestar y fatiga (R53)  
 psicastenia (F48.8)  
 síndrome de fatiga postviral (G93.3)

**F48.1 Síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad**

Trastorno raro en el cual el paciente se queja espontáneamente de cambios cualitativos de su actividad mental, de su cuerpo y de su entorno, de tal manera que éstos se han tornado irreales, remotos o automatizados. Entre los diversos fenómenos que se presentan, los más frecuentes son las quejas acerca de la pérdida de las emociones y sensaciones de alejamiento y de desvinculación de su pensamiento, de su cuerpo o del entorno. A pesar de la dramática naturaleza de esta experiencia, el paciente está consciente de que el cambio no es real. El sensorio es normal y se conserva la capacidad de expresión de las emociones. Los síntomas de despersonalización y desvinculación de la realidad pueden darse como parte de un trastorno esquizofrénico, depresivo, fóbico u obsesivo-compulsivo. En estos casos debe preferirse el diagnóstico del trastorno principal.

**F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados**

Neurosis ocupacional, incluido el calambre del escritor  
 Neurosis psicasténica  
 Psicastenia  
 Síncope psicógeno  
 Síndrome de Dhat

**F48.9 Trastorno neurótico, no especificado**  
Neurosis SAI

**Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50–F59)**

**F50 Trastornos de la ingestión de alimentos**

*Excluye:* anorexia SAI (R63.0)  
dificultades y mala administración de la alimentación (R63.3)  
polifagia (R63.2)  
trastornos de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez (F98.2)

**F50.0 Anorexia nerviosa**

Es un trastorno caracterizado por pérdida de peso intencional inducida y mantenida por el paciente. Se presenta habitualmente en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque puede afectar también a muchachos adolescentes y a hombres jóvenes, al igual que a niños que se acercan a la pubertad y a mujeres mayores, hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica, en la cual se mantiene como idea recurrente y sobrevalorada un temor a la obesidad y a la flaccidez de la silueta corporal, por la cual el paciente se autoimpone un límite de peso bajo. Habitualmente hay desnutrición de gravedad variable, con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales. Entre los síntomas se cuentan la elección de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, el vómito y las purgas inducidas, y el uso de anorexígenos y de diuréticos.

*Excluye:* pérdida del apetito (R63.0)  
pérdida del apetito de origen psicógeno (F50.8)

**F50.1 Anorexia nerviosa atípica**

Trastorno que reúne algunas de las características de la anorexia nerviosa pero en el cual el cuadro clínico general no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, uno de los síntomas claves, tal como el marcado miedo a la obesidad o la amenorrea, puede estar ausente, en presencia de una pérdida considerable de peso y un comportamiento encaminado hacia la misma. Este diagnóstico no debe hacerse en presencia de trastornos físicos conocidos asociados con pérdida de peso.

**F50.2 Bulimia nerviosa**

Un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control del peso corporal, que lleva al paciente a practicar una hiperingestión alimentaria seguida de vómitos y uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características comunes con la anorexia nerviosa, incluido el excesivo interés en la apariencia personal y el peso. El vómito repetitivo puede dar origen a trastornos electrolíticos y a complicaciones físicas. A menudo, pero no siempre, hay antecedentes de un episodio anterior de anorexia nerviosa, con un intervalo que varía de pocos meses a varios años.

Bulimia SAI

Hiperorexia nerviosa

**F50.3 Bulimia nerviosa atípica**

Trastorno que reúne algunas de las características de la bulimia nerviosa pero en el cual el cuadro clínico general no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, pueden presentarse accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos y uso excesivo de purgantes sin cambios significativos del peso, y puede no existir el típico excesivo interés por la apariencia corporal y el peso.

**F50.4 Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas**

Hiperingestión de alimentos debida a acontecimientos angustiantes, tales como duelos, accidentes, nacimientos, etc.

Hiperfagia psicógena

*Excluye:* obesidad (E66.–)

**F50.5 Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas**

Vómito repetido que tiene lugar en los trastornos disociativos (F44.–) o hipocondríacos (F45.2), y que no se deben exclusivamente a afecciones clasificadas fuera de este capítulo. También puede usarse este código además de O21.– (vómitos excesivos en el embarazo) cuando predominan factores emocionales en la causa de náusea recurrente y vómitos en el embarazo.

Vómito psicógeno

*Excluye:* náusea (R11)

vómito SAI (R11)

**F50.8 Otros trastornos de la ingestión de alimentos**

Pérdida de origen psicógeno del apetito

Pica en adultos

*Excluye:* pica en la infancia y la niñez (F98.3)

**F50.9 Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado**

**F51 Trastornos no orgánicos del sueño**

En muchos casos, un trastorno del sueño es uno de los síntomas de otra afección, tanto física como mental. Si un trastorno del sueño en un paciente dado es una afección independiente o es simplemente uno de los síntomas de una enfermedad clasificada en este capítulo o en otro, se determina en base a su forma y evolución clínicas, así como también tomando en cuenta las consideraciones y prioridades terapéuticas en el momento de la consulta. Por lo general, si el trastorno del sueño es una de las quejas principales y es percibido como una afección en sí, este código debe ser utilizado en conjunto con los demás diagnósticos correspondientes que describen la psicopatología y la fisiopatología implicadas en cada caso. Esta categoría incluye sólo aquellos trastornos del sueño en los que se considera que los factores primarios son las causas emocionales y que no se deben a afecciones físicas identificables clasificadas en otra parte.

*Excluye:* Trastornos del sueño (orgánicos) (G47.–)

**F51.0 Insomnio no orgánico**

Afección que se caracteriza por una cantidad o una calidad insatisfactoria del sueño, que persiste por un período considerable. Comprende dificultades para la conciliación del sueño, dificultades para mantenerse dormido y despertar precoz en la fase final del sueño. Es un síntoma habitual de muchas afecciones mentales y físicas, y debe ser clasificado aquí, además del trastorno de base, sólo si es lo que predomina en el cuadro clínico.

*Excluye:* insomnio (orgánico) (G47.0)

**F51.1 Hipersomnio no orgánico**

El hipersomnio se define como un trastorno caracterizado bien por somnolencia excesiva durante el día y por accesos de sueño (no atribuibles a una cantidad inadecuada de sueño), o bien por transiciones prolongadas al estado de vigilia completa, al despertar. En ausencia de un factor orgánico que explique el hipersomnio, éste se asocia habitualmente con trastornos mentales.

*Excluye:* hipersomnio (orgánico) (G47.1)  
narcolepsia (G47.4)

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

Falta de sincronía entre el ciclo sueño-vigilia y el ciclo apropiado para el entorno individual, que da lugar a quejas de insomnio o de hipersomnio.

Inversión psicógena del ritmo:

- circadiano
- del sueño
- nictameral

*Excluye:* trastornos del ritmo nictameral (orgánicos) (G47.2)

**F51.3 Sonambulismo**

Estado de conciencia alterada, en el que se combinan fenómenos del sueño y de la vigilia. Durante el episodio de sonambulismo, la persona se levanta de la cama, habitualmente durante el primer tercio del sueño nocturno, y sale a los alrededores, mostrando bajos niveles de conciencia, de reactividad y de habilidad motriz. Después del despertar, es habitual que no haya memoria del acontecimiento.

- F51.4 Terrores del sueño [terrores nocturnos]**  
 Son episodios nocturnos de terror extremo y de pánico, asociados con vocalización intensa, motilidad y altos niveles de descarga autonómica. El paciente se sienta o se levanta, generalmente durante el primer tercio del sueño nocturno, con gritos de pánico. Muy a menudo se precipita hacia la puerta, como tratando de escapar, aunque rara vez abandona la habitación. La memoria del acontecimiento, si la hay, es muy limitada (generalmente, una o dos imágenes mentales fragmentarias).
- F51.5 Pesadillas**  
 Son experiencias oníricas cargadas de ansiedad o de miedo, con un recuerdo muy detallado del contenido del sueño. Esta experiencia onírica es muy vívida e incluye generalmente temas que implican amenazas para la supervivencia, para la seguridad o para la autoestima del paciente. Muy a menudo hay recurrencia de los mismos temas pavorosos de la pesadilla o de temas similares. Durante un episodio típico se da cierto grado de descarga autonómica, pero no hay ni vocalización apreciable ni motilidad corporal. Una vez despierta, la persona llega rápidamente a estar alerta y bien orientada.  
 Trastorno de ansiedad del sueño
- F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño**
- F51.9 Trastorno no orgánico del sueño, no especificado**  
 Trastorno emocional del sueño SAI
- F52 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos**  
 La disfunción sexual abarca las diversas maneras por las cuales una persona es incapaz de participar en una relación sexual como lo hubiera deseado. La respuesta sexual es un proceso psicosomático y tanto el aspecto psicológico como el somático están implicados en la generación de la disfunción sexual.  
*Excluye:* síndrome de Dhat (F48.8)
- F52.0 Falta o pérdida del deseo sexual**  
 La pérdida del deseo sexual es el problema principal y no es secundaria a otras dificultades sexuales, como la falta de erección o la dispareunia.  
 Frigidez  
 Trastorno hipoactivo del deseo sexual
- F52.1 Aversión al sexo y falta de goce sexual**  
 La perspectiva de la relación sexual produce suficiente miedo o ansiedad, que evita la actividad sexual (aversión al sexo), o bien la respuesta sexual ocurre normalmente y se experimenta el orgasmo, pero hay falta de placer apropiado (falta de goce sexual).  
 Anhedonia (sexual)

**F52.2 Falla de la respuesta genital**

El problema principal en los hombres es la disfunción eréctil (dificultad para iniciar o mantener una erección adecuada para una relación sexual satisfactoria). En las mujeres, es la sequedad vaginal o la falla de la lubricación.

Impotencia psicógena

Trastorno de la erección masculina

Trastorno de la estimulación sexual femenina

*Excluye:* impotencia de origen orgánico (N48.4)

**F52.3 Disfunción orgásmica**

El orgasmo no ocurre, o se retarda notablemente.

Anorgasmia psicógena

Orgasmo inhibido (femenino) (masculino)

**F52.4 Eyacuación precoz**

Es la incapacidad para controlar la eyacuación en grado suficiente como para que ambos miembros de la pareja disfruten de la relación sexual.

**F52.5 Vaginismo no orgánico**

Espasmo de los músculos del piso pélvico que rodean a la vagina, que produce oclusión de la abertura vaginal. La penetración del pene se torna imposible, o es muy dolorosa.

Vaginismo psicógeno

*Excluye:* vaginismo (orgánico) (N94.2)

**F52.6 Dispareunia no orgánica**

La dispareunia (o dolor durante el acto sexual) se da tanto en mujeres como en hombres. A menudo puede atribuirse a patología local, en cuyo caso debe ser apropiadamente clasificada bajo la condición patológica causal. Esta categoría debe usarse sólo si no hay otra disfunción sexual primaria no orgánica (por ejemplo, vaginismo o sequedad vaginal).

Dispareunia psicógena

*Excluye:* dispareunia orgánica (N94.1)

**F52.7 Impulso sexual excesivo**

Ninfomanía

Satiriasis

**F52.8 Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad orgánicos**

**F52.9 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad orgánicos, no especificada**

**F53 Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte**

Esta categoría incluye sólo los trastornos mentales asociados con el puerperio (que comienzan en el lapso de las seis semanas posteriores al parto), que no cumplen con los criterios suficientes para ser clasificados en otra parte en este capítulo, sea debido a que la información disponible es insuficiente o bien debido a que se considere que existen rasgos clínicos adicionales que hacen inadecuada su clasificación en otra parte.

**F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte**

Depresión postnatal SAI  
Depresión postparto SAI

**F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte**

Psicosis puerperal SAI

**F53.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte**

**F53.9 Trastorno mental puerperal, no especificado**

**F54 Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte**

Esta categoría debe utilizarse para registrar la presencia de factores psicológicos o de la conducta, que se considere hayan desempeñado un papel principal en la etiología de trastornos físicos que pueden clasificarse en otros capítulos. Cualesquiera que sean las alteraciones mentales resultantes, éstas son habitualmente leves, y a menudo prolongadas (como preocupación, conflicto emocional, aprehensiones, etc.), y no justifican por sí mismas la utilización de ninguna de las demás categorías de este capítulo.

Factores psicológicos que influyen en condiciones físicas

Son ejemplos de la utilización de esta categoría los siguientes:

- asma F54 y J45.–
- colitis mucosa F54 y K58.–
- colitis ulcerativa F54 y K51
- dermatitis F54 y L23–L25
- úlcera gástrica F54 y K25.–
- urticaria F54 y L50.–

Use código adicional, si desea, para identificar el trastorno físico asociado.

**Excluye:** cefalea debida a tensión (G44.2)

**F55**

**Abuso de sustancias que no producen dependencia**

Pueden intervenir una amplia variedad de medicamentos y remedios autóctonos, pero los grupos particularmente importantes son: a) drogas psicotrópicas que no producen dependencia, tales como las antidepresivas, b) laxantes y c) analgésicos que pueden ser comprados sin prescripción médica, tales como la aspirina y el paracetamol.

El uso permanente de estas sustancias con frecuencia lleva implícito un contacto innecesario con los profesionales de la medicina o el personal de apoyo, y algunas veces se acompaña de los efectos físicos nocivos de estas sustancias. Intentar disuadir o impedir el uso de las mismas, a menudo encuentra resistencia; en el caso de los laxantes y anestésicos, puede suceder a pesar de las advertencias sobre la posibilidad de presentación (o aun con el desarrollo) de daños físicos tales como disfunción renal o perturbaciones electrolíticas. Aunque por lo general es muy claro que el paciente tiene una fuerte motivación para tomar la sustancia, no se desarrollan síntomas de dependencia o abstinencia como en el caso de las sustancias psicoactivas especificadas en F10–F19.

Abuso de:

- antiácidos
- esteroides u hormonas
- hierbas o remedios autóctonos
- vitaminas

Hábito por laxantes

*Excluye:* abuso de sustancias psicoactivas (F10–F19)

**F59**

**Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados**

Disfunción fisiológica psicógena SAI

## Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60–F69)

Este grupo comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas afecciones y rasgos de la conducta surgen tempranamente en el curso del desarrollo individual, como producto tanto de factores constitucionales como de experiencias sociales, mientras otros se adquieren más tarde. Trastornos específicos de la personalidad (F60.–), trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61.–), y cambios perdurables de la personalidad (F62.–) constituyen formas de la conducta profundamente arraigadas y permanentes, que se manifiestan como respuestas invariables a un amplio abanico de situaciones personales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas con respecto a la forma en que el individuo promedio de una cultura dada percibe, piensa, siente y, especialmente, se relaciona con los demás. Estos esquemas conductuales tienden a ser estables y a abarcar múltiples dominios del comportamiento y del funcionamiento psicológico. Se asocian frecuentemente, pero no siempre, con diversos grados de aflicción subjetiva y de deterioro de la actuación social.

### **F60** Trastornos específicos de la personalidad

Son alteraciones graves de la personalidad y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden directamente de enfermedades, daños u otros traumas del cerebro, ni de otro trastorno psiquiátrico. Habitualmente afectan varias áreas de la personalidad. Casi siempre se asocian con aflicción personal considerable y con desorganización en la vida social. Por lo general se manifiestan desde la niñez o desde la adolescencia, y se mantienen durante la edad adulta.

**F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad**

Trastorno de la personalidad caracterizado por sensibilidad excesiva a los reveses, incapacidad para olvidar ofensas, suspicacia y tendencia a distorsionar experiencias, malinterpretando las acciones neutras o amistosas de los demás, como si fueran hostiles o despreciativas. Hay un sentido agresivo y tenaz de los derechos personales. Hay sospechas recurrentes y sin justificación acerca de la fidelidad del esposo o del compañero sexual. Puede haber autovaloración excesiva, y a menudo hay excesiva autorreferencia.

Personalidad:

- expansivo-paranoide
- fanática
- paranoide
- querellante
- sensitivo-paranoide

*Excluye:* esquizofrenia paranoide (F20.0)  
estado paranoide (F22.0)  
paranoia (F22.0)  
paranoia querellante (F22.8)  
psicosis paranoide (F22.0)

**F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad**

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por apartarse de los contactos afectivos, sociales y demás, con preferencia por la fantasía, las actividades solitarias y la introspección. Hay incapacidad para expresar sentimientos y para experimentar placer.

*Excluye:* esquizofrenia (F20.–)  
síndrome de Asperger (F84.5)  
trastorno delirante (F22.0)  
trastorno esquizoide de la niñez (F84.5)  
trastorno esquizotípico (F21)

**F60.2 Trastorno asocial de la personalidad**

Trastorno de la personalidad caracterizado por descuido de las obligaciones sociales y endurecimiento de los sentimientos hacia los demás. Hay gran disparidad entre el comportamiento de la persona y las normas sociales prevalecientes. La conducta no se modifica fácilmente a través de la experiencia adversa ni aun por medio del castigo. La tolerancia a la frustración es baja, lo mismo que el umbral tras el cual se descarga la agresión, e incluso la violencia. Hay tendencia a culpar a otros, o a ofrecer racionalizaciones verosímiles acerca del comportamiento que lleva a la persona a entrar en conflicto con la sociedad.

Personalidad:

- amoral
- antisocial
- asocial
- psicopática
- sociopática

*Excluye:* personalidad emocionalmente inestable (F60.3)  
trastornos de la conducta (F91.–)

- F60.3 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable**  
Trastorno de la personalidad caracterizado por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Hay tendencia a un comportamiento pendenciero y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas. Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado preponderantemente por inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el limítrofe, que se caracteriza además por perturbaciones de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio.  
Personalidad:  
  - agresiva
  - explosiva
  - limítrofe*Excluye:* trastorno asocial de la personalidad (F60.2)
- F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad**  
Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una afectividad superficial y lábil, dramatización de sí mismo, teatralidad, expresión exagerada de las emociones, sugestionabilidad, egocentrismo, autoindulgencia, falta de consideración por los demás, demanda continua de aprecio, estímulo y atención, y facilidad para sentirse herido.  
Personalidad:  
  - histérica
  - psicoinfantil
- F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad**  
Trastorno de la personalidad que se caracteriza por sentimientos de duda, meticulosidad, verificación y preocupación por los detalles, terquedad, precaución y rigidez excesivas. Puede haber pensamientos o impulsos insistentes y rechazados, que no alcanzan la gravedad de un trastorno obsesivo-compulsivo.  
Personalidad:  
  - compulsiva
  - obsesiva
  - obsesivo-compulsiva*Excluye:* trastorno obsesivo-compulsivo (F42.–)
- F60.6 Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)**  
Trastorno de la personalidad caracterizado por sentimientos de tensión y aprehensión, inseguridad e inferioridad. Hay un anhelo permanente por gustar y ser aceptado, una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica, conjuntamente con una restricción de los afectos personales y una tendencia a evitar ciertas actividades, por exageración habitual de los peligros y de los riesgos potenciales de las situaciones cotidianas.

**F60.7 Trastorno de la personalidad dependiente**

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una dependencia pasiva prevalente de otras personas para tomar decisiones en la vida, tanto las importantes como las menores. Hay gran temor al abandono, sentimientos de desamparo y de incompetencia, complacencia pasiva con los deseos de los mayores y de los demás, y una débil respuesta a las demandas de la vida cotidiana. La falta de vitalidad puede hacerse evidente en las esferas intelectual o emocional. A menudo hay tendencia a transferir la responsabilidad a los demás.

Personalidad:

- asténica
- inadecuada
- pasiva
- derrotista

**F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad**

Personalidad:

- excéntrica
- inmadura
- narcisista
- pasivo-agresiva
- psiconeurótica
- tipo “inestable”

**F60.9 Trastorno de la personalidad, no especificado**

Neurosis del carácter SAI

Personalidad patológica SAI

**F61**

**Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad**

Esta categoría se destina a los trastornos de la personalidad que a menudo son molestos, pero que no muestran la estructura sintomática específica que caracteriza a los trastornos descritos en F60.–. Debido a esto, con frecuencia son más difíciles de diagnosticar que los de la categoría F60.–.

Entre los ejemplos de estos trastornos se incluyen:

- trastornos mixtos de la personalidad con rasgos de varias de las alteraciones incluidas en la categoría F60.–, pero sin un conjunto predominante de síntomas que permita un diagnóstico más específico, y
- cambios molestos de la personalidad, no clasificables en F60.– o en F62.– y considerados secundarios a un diagnóstico principal de un trastorno afectivo o de ansiedad coexistente.

**Excluye:** rasgos acentuados de la personalidad (Z73.1)

**F62**

**Cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral**

Trastornos de la personalidad o de la conducta en adultos, que se han desarrollado en personas sin trastorno previo de la personalidad después de la exposición a estrés prolongado, catastrófico o excesivo, o después de una enfermedad psiquiátrica grave. Estos diagnósticos deben hacerse sólo cuando hay evidencia de un cambio definido y perdurable del modo en que la persona percibe, se relaciona o piensa acerca de su entorno o sobre sí misma. El cambio de la personalidad debe ser significativo y debe estar asociado con conductas invariables e inadaptadas, que no existían antes de la experiencia patógena. El cambio no debe ser una manifestación directa de otro trastorno mental, ni un síntoma residual de cualquier alteración mental precedente.

*Excluye:* trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral (F07.-)

**F62.0**

**Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica**

Cambio perdurable de la personalidad, que dura al menos dos años, después de la exposición a tensión catastrófica. La tensión debe ser tan extrema que no sea necesario tomar en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar sus efectos profundos sobre la personalidad. El trastorno se caracteriza por una actitud hostil y desconfiada hacia el mundo, aislamiento social, sentimientos de vacío o de desesperanza, y una sensación crónica de “estar al borde”, como si se estuviera constantemente amenazado y enajenado. Este tipo de cambio de la personalidad puede ser precedido por un trastorno de estrés postraumático (F43.1).

Cambio de la personalidad consecutivo a:

- cautividad prolongada con posibilidad inminente de ser asesinado
- desastres
- experiencias en campo de concentración
- exposición prolongada a situaciones de amenaza para la vida, tales como la posibilidad de ser víctima del terrorismo
- tortura

*Excluye:* trastorno de estrés postraumático (F43.1)

**F62.1 Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica**

Cambio de la personalidad, que dura por lo menos dos años, atribuible a la experiencia traumática de haber sufrido una enfermedad psiquiátrica grave. El cambio no puede explicarse por un trastorno previo de la personalidad y debe diferenciarse de la esquizofrenia residual y de otros estados de recuperación incompleta de un trastorno mental precedente. Este trastorno se caracteriza por una dependencia excesiva y por una actitud de demanda hacia los demás. Hay convicción de haber sido cambiado o estigmatizado por la enfermedad, lo cual da lugar a una incapacidad para construir y para mantener relaciones personales estrechas y seguras, así como también al aislamiento social. Hay pasividad, reducción de los intereses y de la participación en actividades recreativas, y quejas persistentes de estar enfermo, lo cual puede asociarse con preocupaciones hipocondríacas y con una conducta enfermiza. El humor es disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental actual ni precedente con síntomas afectivos residuales. Hay prolongación de los problemas del funcionamiento social y ocupacional.

**F62.8 Otros cambios perdurables de la personalidad**

Síndrome de personalidad en el dolor crónico

**F62.9 Cambio perdurable de la personalidad, no especificado**

**F63**

**Trastornos de los hábitos y de los impulsos**

Esta categoría abarca ciertos trastornos de la conducta que no son clasificables bajo otros códigos. Consisten en acciones iterativas que no tienen una clara motivación racional, que no pueden ser controladas y que generalmente atentan contra los propios intereses de la persona o los de otras personas. La persona informa que esta conducta se asocia con impulsos para la acción. La causa de estos trastornos no ha sido dilucidada y se los agrupa debido a sus amplias similitudes descriptivas y no porque se sepa que compartan alguna otra característica importante entre sí.

*Excluye:* consumo excesivo habitual de alcohol o de sustancias psicoactivas (F10–F19)

trastornos de los impulsos y de los hábitos que afectan la conducta sexual (F65.–)

**F63.0 Juego patológico**

El trastorno consiste en episodios frecuentes e iterativos de juego, que dominan la vida de la persona en detrimento de sus obligaciones y de sus valores sociales, ocupacionales, económicos y familiares.

Juego compulsivo

*Excluye:* juego en trastorno asocial de la personalidad (F60.2)

juego excesivo en pacientes maníacos (F30.–)

juego y apuesta SAI (Z72.6)

**F63.1 Piromanía**

Conducta caracterizada por múltiples acciones o intentos de quemar la propiedad u otros objetos, sin motivo aparente, y por una preocupación persistente por temas relacionados con el fuego y con los incendios. Esta conducta se asocia a menudo con sentimientos de tensión creciente antes de la acción, y de intensa excitación inmediatamente después.

*Excluye:* incendio provocado (por) (en):

- adulto con trastorno asocial de la personalidad (F60.2)
- como razón para la observación por sospecha de trastorno mental (Z03.2)
- esquizofrenia (F20.–)
- intoxicación por alcohol o por sustancias psicoactivas (F10–F19 con cuarto carácter común .0)
- trastornos de la conducta (F91.–)
- trastornos mentales orgánicos (F00–F09)

**F63.2 Hurto patológico [cleptomanía]**

Trastorno caracterizado por el fracaso repetitivo por resistir los impulsos de robar objetos, que no son adquiridos para el uso personal ni por la ganancia monetaria. Los objetos pueden ser eliminados, regalados o atesorados. Esta conducta se acompaña habitualmente de un sentimiento de tensión creciente antes de la acción, y de un sentimiento gratificante durante e inmediatamente después de ella.

*Excluye:* el robo como razón para la observación por sospecha de trastorno mental (Z03.2)  
trastorno depresivo con robo (F31–F33)  
trastornos mentales orgánicos (F00–F09)

**F63.3 Tricotilomanía**

Trastorno caracterizado por pérdida evidente de cabellos debida a un fracaso repetitivo para resistir al impulso de jalarlos. La jaladura de cabellos es precedida habitualmente por tensión creciente y seguida de un sentimiento de alivio y de gratificación. No debe hacerse este diagnóstico si existe una inflamación cutánea preexistente, o cuando la jaladura de cabellos se da en respuesta a un delirio o a una alucinación.

*Excluye:* trastorno de los movimientos estereotipados con arrancamiento de cabellos (F98.4)

**F63.8 Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos**

Otras clases de conducta persistente y repetitivamente inadaptada, que no son secundarias a un síndrome psiquiátrico diagnosticado y en las cuales, aparentemente, la persona fracasa iterativamente en resistir los impulsos de llevar a cabo tal comportamiento. Hay un período prodrómico de tensión, con un sentimiento de alivio en el momento de la acción.

Trastorno explosivo intermitente

**F63.9 Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado**

**F64 Trastornos de la identidad de género**

**F64.0 Transexualismo**

Deseo de vivir y de ser aceptado como integrante del sexo opuesto, habitualmente acompañado de un sentimiento de incomodidad o de inadecuación al sexo anatómico propio, y del deseo de someterse a cirugía y a tratamiento hormonal para hacer el propio cuerpo tan congruente como sea posible con el sexo preferido por la persona.

**F64.1 Transvestismo de rol dual**

Uso de vestuario del sexo opuesto durante una etapa de la vida, para disfrutar de la experiencia transitoria de ser integrante de ese sexo, pero sin ningún deseo de cambio de sexo más permanente ni de reasignación quirúrgica, y sin excitación sexual que acompañe al hecho de vestirse con ropas del sexo opuesto.

Trastorno de la identidad de género en la adolescencia, o en la edad adulta, de tipo no transexual

*Excluye:* transvestismo fetichista (F65.1)

**F64.2 Trastorno de la identidad de género en la niñez**

Trastorno cuya primera manifestación ocurre generalmente durante la niñez temprana (siempre, mucho antes de la pubertad), que se caracteriza por intensa y permanente angustia en relación con el propio sexo, conjuntamente con el deseo de pertenecer al otro sexo o con la insistencia de que se pertenece a él. Hay preocupación persistente por el vestuario y por las actividades del sexo opuesto y repudio al propio sexo. Para hacer este diagnóstico se requiere que exista una alteración profunda de la identidad del género normal. No son suficientes solamente los hábitos masculinos en las niñas o la conducta afeminada en los niños. Los trastornos de la identidad de género en personas que han llegado a la pubertad o que la están iniciando no deben clasificarse aquí sino en F66.—.

*Excluye:* orientación sexual egodistónica (F66.1)  
trastorno de la maduración sexual (F66.0)

**F64.8 Otros trastornos de la identidad de género**

**F64.9 Trastorno de la identidad de género, no especificado**

Trastorno del rol del género SAI

**F65 Trastornos de la preferencia sexual**

*Incluye:* parafilias

**F65.0 Fetichismo**

Dependencia de algún objeto inanimado que actúa como estímulo de la excitación y de la gratificación sexuales. Muchos fetiches son extensiones del cuerpo humano, tales como artículos de vestir o calzar. Otros objetos comunes de fetichismo son los que se caracterizan por cierta textura particular, como la goma, el plástico o el cuero. La importancia de los objetos fetiches es variable para la persona. En algunos casos sirven sencillamente para realzar la excitación sexual, que es lograda mediante las formas usuales (por ejemplo, teniendo que usar la pareja sexual una prenda de vestir en particular).

- F65.1 Transvestismo fetichista**  
Uso de ropas del sexo opuesto principalmente con el fin de obtener excitación sexual y para dar la apariencia de pertenecer al sexo opuesto. El transvestismo fetichista se distingue del transvestismo transexual por su evidente asociación con la excitación sexual y por el fuerte deseo de desprenderse del vestuario una vez que ocurre el orgasmo y que declina la excitación sexual. Puede tener lugar como fase más temprana en el desarrollo de un transexualismo.  
Fetichismo transvestista
- F65.2 Exhibicionismo**  
Tendencia recurrente y permanente a exhibir los genitales a extraños (habitualmente del sexo opuesto) o a personas que se hallan en lugares públicos, sin invitarlas ni intentar ningún contacto más íntimo con ellas. Habitualmente, pero no siempre, hay excitación sexual en el momento de la exposición, y la acción con frecuencia es seguida de masturbación.
- F65.3 Voyeurismo**  
Tendencia recurrente y permanente a observar a personas que realizan actos sexuales o íntimos, como el de desvestirse. Esto se lleva a cabo sin que la persona observada se dé cuenta, y habitualmente produce excitación sexual y masturbación.
- F65.4 Pedofilia**  
Preferencia sexual por los niños, varones o mujeres, o ambos, por lo general de edad prepuberal o recientemente púberes.
- F65.5 Sadomasoquismo**  
Preferencia por una actividad sexual que implica infligir dolor, humillación o sometimiento. Si el paciente prefiere ser el receptor de tal estimulación, se le denomina masoquismo; si es el dador, se trata de sadismo. A menudo hay personas que obtienen excitación sexual tanto de actividades sádicas como masoquistas.  
Masoquismo  
Sadismo
- F65.6 Trastornos múltiples de la preferencia sexual**  
A veces se da más de una preferencia sexual anormal en una persona, sin que predomine ninguna de ellas. La combinación más común es la de fetichismo con transvestismo y sadomasoquismo.
- F65.8 Otros trastornos de la preferencia sexual**  
Una diversidad de otros rasgos de la actividad y de la preferencia sexual, tales como la realización de llamadas telefónicas obscenas, el frotarse contra otras personas para lograr estimulación sexual en lugares públicos atestados, la actividad sexual con animales, o el uso de la estrangulación o de la anoxia para intensificar la excitación sexual.  
Froteurismo  
Necrofilia
- F65.9 Trastorno de la preferencia sexual, no especificado**  
Desviación sexual SAI

**F66**

**Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexuales**

*Nota:* La orientación sexual por sí misma no debe ser considerada como un trastorno.

**F66.0**

**Trastorno de la maduración sexual**

El paciente sufre incertidumbre con respecto a su identidad de género o a su orientación sexual, lo cual le produce angustia y depresión. Esto ocurre más frecuentemente en adolescentes que no están seguros de tener orientación homosexual, heterosexual o bisexual, o en personas que después de un período de orientación sexual aparentemente estable, a menudo con relaciones de larga duración, encuentran que su orientación sexual está cambiando.

**F66.1**

**Orientación sexual egodistónica**

No existen dudas sobre la identidad de género o la preferencia sexual (heterosexual, homosexual, bisexual, prepuberal o indefinida), pero el paciente desea que esto sea diferente por los trastornos psicológicos y del comportamiento asociados, y puede solicitar tratamiento para cambiarlas.

**F66.2**

**Trastorno de la relación sexual**

La identidad o la orientación sexual (hetero, homo o bisexual) es responsable de dificultades en la construcción o en el mantenimiento de una relación con un compañero sexual.

**F66.8**

**Otros trastornos del desarrollo psicosexual**

**F66.9**

**Trastorno del desarrollo psicosexual, no especificado**

**F68**

**Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos**

**F68.0**

**Elaboración de síntomas físicos por causas psicológicas**

Los síntomas físicos compatibles con y originalmente debidos a un trastorno, a una enfermedad o a una incapacidad físicos confirmados, se tornan exagerados o se prolongan, debido al estado psicológico del paciente. Generalmente el paciente se angustia por su dolor o incapacidad, preocupación que a menudo puede ser justificada por la posibilidad de que sean progresivos o prolongados.

**F68.1 Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como psicológicas [trastorno facticio]**

El paciente finge síntomas repetidamente, por razones no obvias, e incluso puede llegar a autoinfligirse daños para generar síntomas o signos. La motivación es oscura y presumiblemente interna, orientada a adoptar el comportamiento de enfermo. A menudo se combina con severos trastornos de la personalidad y de las relaciones.

Paciente peregrinador

Síndrome de Münchhausen

Síndrome del visitante de hospitales

*Excluye:* dermatitis facticia (L98.1)

persona que se finge enferma (con motivación obvia)  
(Z76.5)

**F68.8 Otros trastornos especificados de la personalidad y del comportamiento en adultos**

Trastorno del carácter SAI

Trastorno de relación SAI

**F69**

**Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado**

## Retraso mental (F70–F79)

Estado de desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, por ejemplo, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. El retraso puede tener lugar con o sin otra alteración mental o física.

Los grados de retraso mental se estiman, de manera convencional, a través de exámenes de inteligencia estandarizados. Estos pueden complementarse con escalas que evalúan la adaptación social en un medio ambiente determinado. Estas mediciones brindan una aproximación al grado de retraso mental. El diagnóstico dependerá, también, de la evaluación general del funcionamiento intelectual realizado por un evaluador calificado.

Las habilidades intelectuales y la adaptación social pueden cambiar con el tiempo y, aunque sean pobres, pueden mejorarse como resultado del adiestramiento y la rehabilitación. El diagnóstico deberá basarse en los niveles de funcionamiento actuales.

Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter se usan con las categorías F70–F79 para identificar el grado de deterioro de la conducta:

**.0 Deterioro del comportamiento nulo o mínimo**

**.1 Deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento**

**.8 Otros deterioros del comportamiento**

**.9 Deterioro del comportamiento de grado no especificado**

Use código adicional si desea identificar otras alteraciones asociadas, tales como el autismo, otros trastornos del desarrollo, la epilepsia, los trastornos de la conducta o la invalidez física grave.

**F70**

**Retraso mental leve**

Coficiente intelectual aproximado de 50 a 69 (en adultos, edad mental desde 9 hasta menos de 12 años). Es probable que determine algunas dificultades en el aprendizaje en la escuela. Muchos adultos serán capaces de trabajar y de mantener buenas relaciones sociales y de contribuir a la sociedad.

**Incluye:** débil mental  
subnormalidad mental leve

**F71 Retraso mental moderado**

Coeficiente intelectual aproximado de 35 a 49 (en adultos, edad mental desde 6 hasta menos de 9 años). Es probable que determine algún marcado retraso del desarrollo en la niñez, pero la mayoría puede aprender a desarrollar algún grado de independencia en el cuidado personal y adquirir una comunicación y habilidades académicas adecuadas. Los adultos necesitarán de grados variables de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad.

*Incluye:* subnormalidad mental moderada

**F72 Retraso mental grave**

Coeficiente intelectual aproximadamente de 20 a 34 (en adultos, edad mental desde 3 hasta menos de 6 años). Es probable que determine la necesidad de un apoyo constante.

*Incluye:* subnormalidad mental grave

**F73 Retraso mental profundo**

Coeficiente intelectual inferior a 20 (en adultos, edad mental inferior a 3 años). Determina una severa limitación del cuidado personal, la continencia, la comunicación y la movilidad.

*Incluye:* subnormalidad mental profunda

**F78 Otros tipos de retraso mental**

**F79 Retraso mental, no especificado**

*Incluye:* deficiencia mental SAI  
subnormalidad mental SAI

## Trastornos del desarrollo psicológico (F80–F89)

Los trastornos incluidos en este grupo tienen en común lo siguiente: a) comienzan invariablemente durante la infancia o la niñez; b) hay deterioro o retardo del desarrollo de funciones estrechamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central; c) son de curso progresivo, sin remisiones ni recaídas. En la mayoría de los casos las funciones afectadas abarcan al lenguaje, las habilidades viso-espaciales y la coordinación motriz. Por lo común, el retraso o el deterioro se hacen evidentes tan pronto como se los puede detectar en forma confiable y disminuyen progresivamente a medida que los niños crecen, aunque a menudo se mantienen déficits leves durante la vida adulta.

### **F80** Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje

Son trastornos en los cuales las formas normales de la adquisición del lenguaje se deterioran desde etapas tempranas del desarrollo. Estos estados no son directamente atribuibles a anomalías neurológicas o de los mecanismos del habla, daños sensoriales, retraso mental o factores ambientales. Los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje son seguidos a menudo por problemas asociados, como dificultades en la lectura y en la ortografía, anomalías en las relaciones interpersonales, y trastornos emocionales y de la conducta.

#### **F80.0** Trastorno específico de la pronunciación

Trastorno específico del desarrollo en el cual la utilización que el niño hace de los sonidos del habla está por debajo del nivel adecuado para su edad mental, aunque sin embargo hay un nivel normal de habilidades en el lenguaje.

Dislalia

Lambdacismo (lalación)

Trastorno del desarrollo fonológico

Trastorno del desarrollo de la pronunciación

Trastorno funcional de la pronunciación

**Excluye:** deterioro de la pronunciación (debido a):

- afasia SAI (R47.0)
- apraxia (R48.2)
- pérdida de audición (H90–H91)
- retraso mental (F70–F79)
- con trastorno del desarrollo del lenguaje:
  - expresivo (F80.1)
  - receptivo (F80.2)

**F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo**

Trastorno específico del desarrollo en el cual la capacidad del niño para expresar el lenguaje hablado se encuentra notoriamente por debajo del nivel adecuado para su edad mental, pero la comprensión del lenguaje se halla dentro de límites normales. Puede o no haber anomalías de la pronunciación.

Disfasia o afasia del desarrollo, de tipo expresivo

**Excluye:** afasia adquirida con epilepsia [Landau-Kleffner] (F80.3)  
 disfasia o afasia del desarrollo, de tipo receptivo (F80.2)  
 disfasia y afasia SAI (R47.0)  
 mutismo electivo (F94.0)  
 retraso mental (F70–F79)  
 trastornos generalizados del desarrollo (F84.–)

**F80.2 Trastorno de la recepción del lenguaje**

Trastorno específico del desarrollo en el cual la comprensión que el niño tiene del lenguaje se halla por debajo del nivel adecuado para su edad mental. Prácticamente en todos los casos la expresión del lenguaje se encuentra también notablemente deteriorada, y son frecuentes las anomalías en la producción del sonido de las palabras.

Afasia del desarrollo, de Wernicke

Disfasia o afasia del desarrollo, de tipo receptivo

Falta de percepción auditiva, congénita

Sordera a las palabras

**Excluye:** afasia adquirida con epilepsia [Landau-Kleffner] (F80.3)  
 autismo (F84.0–F84.1)  
 disfasia o afasia SAI (R47.0)  
 disfasia o afasia de tipo expresivo (F80.1)  
 mutismo electivo (F94.0)  
 retardo del lenguaje secundario a sordera (H90–H91)  
 retraso mental (F70–F79)

**F80.3 Afasia adquirida con epilepsia [Landau-Kleffner]**

Trastorno en el cual el niño, que ha realizado previamente un progreso normal en el desarrollo del lenguaje, pierde las habilidades tanto receptivas como expresivas del lenguaje, aunque conserva la inteligencia general. El comienzo de este trastorno se acompaña de anomalías paroxísticas en el electroencefalograma, y en la mayoría de los casos también hay convulsiones epilépticas. Habitualmente comienza entre los 3 y los 7 años de edad, y las habilidades se pierden en un lapso de días o de semanas. La relación temporal entre el comienzo de las convulsiones y la pérdida del lenguaje es variable, y la una precede a la otra (en cualquier orden) por un período que va de unos pocos meses a dos años. En la etiología se sugiere la posibilidad de un proceso inflamatorio del encéfalo. Alrededor de los dos tercios de los niños que lo sufren quedan con un déficit receptivo del lenguaje más o menos grave.

**Excluye:** afasia (debida a):

- SAI (R47.0)
- autismo (F84.0–F84.1)
- trastornos desintegrativos de la infancia (F84.2–F84.3)

**F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje**

Ceceo

**F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado**

Trastorno del lenguaje SAI

**F81 Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares**

Son trastornos en los cuales se hallan deterioradas las pautas normales de la adquisición de habilidades, desde etapas tempranas del desarrollo. Esto no es una simple consecuencia de la falta de oportunidades para aprender. Tampoco es producto de un retraso mental exclusivamente, ni es causado por ningún tipo de trauma o de enfermedad cerebral adquiridos.

**F81.0 Trastorno específico de la lectura**

Su característica principal es un deterioro específico y significativo del desarrollo de las habilidades de la lectura, que no puede ser atribuido exclusivamente a la edad mental, problemas de agudeza visual o una enseñanza inadecuada. Pueden alterarse la habilidad para comprender la lectura, la capacidad para reconocer palabras escritas (mediante la lectura), la habilidad para la lectura oral y el desempeño de tareas que requieren lectura. Con el trastorno específico de la lectura se asocian con frecuencia dificultades en la ortografía, las cuales subsisten a menudo hasta la adolescencia, incluso después de haberse realizado algún progreso en la lectura. Los trastornos específicos del desarrollo de la lectura son precedidos generalmente por una historia de trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje. Son frecuentes las perturbaciones emocionales y de la conducta concomitantes, durante la edad escolar.

Dislexia del desarrollo

Lectura “hacia atrás”

Retraso específico de la lectura

**Excluye:** alexia SAI (R48.0)

dificultades para la lectura secundarias a trastornos emocionales (F93.–)

dislexia SAI (R48.0)

**F81.1 Trastorno específico del deletreo [ortografía]**

Este es un trastorno cuya característica principal es un deterioro específico y significativo del desarrollo de las habilidades para deletrear, en ausencia de una historia de trastorno específico de la lectura. El trastorno no es exclusivamente atribuible a una baja edad mental, problemas de agudeza visual o una enseñanza inadecuada. Se halla afectada la habilidad para deletrear y para escribir correctamente cada palabra.

Retraso específico de la ortografía (sin trastorno de la lectura)

**Excluye:** agrafia SAI

dificultades con el deletreo [ortografía]:

- asociadas con un trastorno de la lectura (F81.0)
- debidas a enseñanza inadecuada (Z55.8)

- F81.2 Trastorno específico de las habilidades aritméticas**  
Este trastorno implica un deterioro específico de las habilidades aritméticas, que no es exclusivamente explicable en base a retraso mental generalizado o a una enseñanza inadecuada. El déficit afecta al dominio de las habilidades elementales para la adición, sustracción, multiplicación y división antes que al de las habilidades matemáticas más abstractas, concernientes al álgebra, la trigonometría, la geometría o el cálculo.  
Acalculia del desarrollo  
Síndrome del desarrollo de Gerstmann  
Trastorno (del aprendizaje) aritmético del desarrollo  
**Excluye:** acalculia SAI (R48.8)  
dificultades aritméticas:  
• asociadas con un trastorno de la lectura o del deletreo [ortografía] (F81.3)  
• debidas a enseñanza inadecuada (Z55.8)
- F81.3 Trastorno mixto de las habilidades escolares**  
Esta es una categoría residual mal definida de trastornos en los cuales hay deterioro significativo tanto aritmético como de la lectura o de la ortografía, y en la que el deterioro no es exclusivamente explicable en términos de retraso mental generalizado, ni por una enseñanza inadecuada. Debe ser usada para los trastornos que cumplen con los criterios para F81.2, junto con F81.0 o F81.1.  
**Excluye:** trastorno específico (de la, de las)  
• deletreo [ortografía] (F81.1)  
• habilidades aritméticas (F81.2)  
• lectura (F81.0)
- F81.8 Otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares**  
Trastorno del desarrollo expresivo de la escritura
- F81.9 Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado**  
Incapacidad para adquirir conocimientos SAI  
Incapacidad para el aprendizaje SAI  
Trastorno del aprendizaje SAI

## **F82** Trastorno específico del desarrollo de la función motriz

Es un trastorno cuya característica principal consiste en un serio deterioro del desarrollo de la coordinación motriz, que no es exclusivamente explicable en términos de un retraso intelectual generalizado, ni de ningún trastorno neurológico específico congénito ni adquirido. Sin embargo, un examen clínico cuidadoso demuestra, en la mayoría de los casos, inmadurez marcada del desarrollo neurológico, con síntomas tales como movimientos coreiformes de las extremidades sin apoyo, movimientos en espejo y otras alteraciones motrices asociadas, como también signos de deterioro de las coordinaciones motrices fina y gruesa.

Dispraxia del desarrollo

Síndrome del niño torpe

Trastorno del desarrollo de la coordinación

**Excluye:** anomalías de la marcha y de la movilidad (R26.–)  
falta de coordinación (R27.–)

- secundaria a retraso mental (F70–F79)

## **F83** Trastornos específicos mixtos del desarrollo

Esta es una categoría residual para los trastornos en los cuales hay cierta mezcla de trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, las habilidades escolares y la función motriz, pero sin que ninguno de ellos predomine en grado suficiente como para constituir el diagnóstico principal. Esta categoría mixta debe ser usada sólo cuando hay una gran superposición de todos estos trastornos específicos del desarrollo. Habitualmente, pero no siempre, se asocian con algún grado de deterioro intelectual general de las funciones cognitivas. De aquí que deba ser utilizada cuando se dan disfunciones que cumplen con los criterios de dos o más categorías en F80.–, F81.– y F82.

## **F84** Trastornos generalizados del desarrollo

Conjunto de trastornos caracterizado por deterioros cualitativos de las interacciones sociales recíprocas y de los modos de comunicación, como también por la restricción del repertorio de intereses y de actividades que se aprecia estereotipado y repetitivo. Estas anomalías cualitativas constituyen un rasgo que afecta el funcionamiento de la persona en todas las situaciones.

Use código adicional si desea identificar cualquier afección médica y retraso mental.

**F84.0 Autismo en la niñez**

Es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por: a) la presencia de un desarrollo anormal o deteriorado que se manifiesta antes de los 3 años de edad, b) el tipo característico de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social recíproca; comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo. Además de esas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros problemas no específicos tales como fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas y agresiones o autoagresiones.

Autismo infantil

Psicosis infantil

Síndrome de Kanner

Trastorno autístico

*Excluye:* psicopatía autística (F84.5)

**F84.1 Autismo atípico**

Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo de la niñez, sea en cuanto a la edad en que se inicia o porque no alcanza a cumplir con los tres conjuntos de criterios diagnósticos. Esta subcategoría debe ser utilizada cuando hay un desarrollo anormal o deteriorado que aparece solo después de los 3 años de edad y cuando faltan anomalías demostrables suficientes en una o dos de las tres áreas de la psicopatología necesarias para el diagnóstico de autismo (a saber, interacción social recíproca, comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo), a pesar de que hay anomalías características en la(s) otra(s) área(s). El autismo atípico se desarrolla más a menudo en personas con retraso mental profundo y en personas con un trastorno específico grave del lenguaje receptivo.

Psicosis atípica de la niñez

Retraso mental con rasgos autísticos

Use código adicional (F70–F79), si desea identificar el retraso mental.

**F84.2 Síndrome de Rett**

Afección hasta ahora encontrada sólo en niñas, en la cual un desarrollo inicial aparentemente normal es seguido por una pérdida parcial o total del habla y de las habilidades para la locomoción y para la utilización de las manos, junto con una desaceleración del crecimiento cefálico, que comienza habitualmente entre los 7 y los 24 meses de edad. Son característicos la pérdida de los movimientos voluntarios de las manos, el retorcimiento estereotipado de las mismas y la hiperventilación. Se detiene el desarrollo social y el del juego, pero el interés social tiende a mantenerse. Alrededor de los 4 años de edad comienzan a desarrollarse la ataxia y la apraxia del tronco, lo cual con frecuencia es seguido por la aparición de movimientos coreoatetósicos. Casi invariablemente se produce un retraso mental grave.

**F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la niñez**

Tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por un período de desarrollo enteramente normal, anterior al comienzo del trastorno, seguido por una pérdida definida de las habilidades previamente adquiridas en varias esferas del desarrollo en el curso de unos pocos meses. Esto se acompaña típicamente de una pérdida generalizada del interés por el entorno, de amaneramientos motrices estereotipados repetitivos y de un deterioro de la interacción social y de la comunicación, similar al deterioro autístico. En algunos casos se puede demostrar que el trastorno se debe a alguna encefalopatía asociada, pero el diagnóstico debería hacerse en base a los síntomas conductuales.

Demencia infantil

Psicosis desintegrativa

Psicosis simbiótica

Síndrome de Heller

Use código adicional si desea identificar cualquier afección neurológica asociada.

*Excluye:* síndrome de Rett (F84.2)

**F84.4 Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados**

Es un trastorno mal definido, de validez nosológica dudosa. La categoría se destina para la inclusión de un grupo de niños con retraso mental grave (CI menor de 35), cuyos problemas principales se manifiestan en la hiperactividad y en la esfera de la atención, como también a través de comportamientos estereotipados. Tienden a no mejorar con fármacos estimulantes (a diferencia de aquéllos que tienen un CI dentro de límites normales), y pueden evidenciar reacciones disfóricas graves (a veces con retraso psicomotor), cuando se les administra estos fármacos. Durante la adolescencia, la hiperactividad tiende a ser reemplazada por hipoactividad (rasgo que no es habitual en niños hipercinéticos con inteligencia normal). A menudo este síndrome se asocia también con una diversidad de retrasos del desarrollo, tanto específicos como globales. No se sabe en qué medida el patrón conductual obedece a un bajo coeficiente intelectual o a un daño cerebral orgánico.

**F84.5 Síndrome de Asperger**

Trastorno de dudosa validez nosológica, caracterizado por el mismo tipo de deterioro cualitativo de la interacción social recíproca que caracteriza al autismo, conjuntamente con un repertorio de intereses y de actividades restringido que es estereotipado y repetitivo. Difiere del autismo fundamentalmente por el hecho de que no hay retraso general, o retraso del desarrollo del lenguaje o del desarrollo intelectual. Este trastorno se asocia a menudo con una torpeza marcada. Hay fuerte tendencia a que las anomalías persistan durante la adolescencia y la edad adulta. Ocasionalmente ocurren episodios psicóticos en la edad adulta temprana.

Psicopatía autística

Trastorno esquizoide de la niñez

**F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo**

**F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado**

**F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico**

Agnosia del desarrollo

**F89 Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado**

Trastorno del desarrollo SAI

Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia  
(F90–F98)

**F90 Trastornos hipercinéticos**

Grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de la vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anomalías. Los niños hipercinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima.

*Excluye:* esquizofrenia (F20.–)

trastornos (de, del):

- ansiedad (F41.–)
- generalizados del desarrollo (F84.–)
- humor [afectivos] (F30–F39)

**F90.0 Perturbación de la actividad y de la atención**

Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad  
Trastorno hipercinético con déficit de la atención

*Excluye:* trastorno hipercinético asociado con trastorno de la conducta (F90.1)

**F90.1 Trastorno hipercinético de la conducta**

Trastorno hipercinético asociado con trastorno de la conducta

**F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos**

**F90.9 Trastorno hiperkinético, no especificado**

Reacción hiperkinética de la niñez o de la adolescencia SAI

Síndrome hiperkinético SAI

**F91 Trastornos de la conducta**

Trastornos caracterizados por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante. Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia, y suponer un patrón perdurable de comportamiento (de seis meses o más). Los rasgos de trastorno conductual pueden ser también sintomáticos de otras afecciones psiquiátricas, en cuyo caso debe ser preferido el diagnóstico subyacente.

Entre los ejemplos sobre los cuales se fundamenta el diagnóstico se cuentan niveles excesivos de pelea y de fanfarronería, crueldad hacia las demás personas y hacia los animales, destrucción grave de la propiedad, conducta incendiaria, robo, mentira repetitiva, falta a la escuela y fuga del hogar, y rabietas y desobediencia extraordinariamente frecuentes y graves. Cualquiera de estas conductas, si es marcada, es suficiente para el diagnóstico, pero no lo son las acciones asociales aisladas.

*Excluye:* asociación con:

- trastornos emocionales (F92.–)
  - trastornos hiperkinéticos (F90.1)
- esquizofrenia (F20.–)  
trastornos del humor [afectivos] (F30–F39)  
trastornos generalizados del desarrollo (F84.–)

**F91.0 Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar**

Trastorno de la conducta que implica un comportamiento asocial o agresivo (y no un mero comportamiento opositor, desafiante o perjudicial), que se halla total, o casi totalmente, limitado al hogar y a las interacciones con miembros de la familia nuclear o del ambiente doméstico inmediato. Para considerarlo como tal, se requiere que cumpla con los criterios generales de F91.–. La perturbación de las relaciones entre padres e hijos, aunque sea grave, no constituye base suficiente para este diagnóstico.

**F91.1 Trastorno de la conducta insociable**

Se caracteriza por una combinación de comportamientos asociales o agresivos (que cumple con todos los criterios de F91.– y que no implica un mero comportamiento opositor, desafiante o perjudicial), con un deterioro generalizado y significativo de las relaciones del paciente con los demás niños.

Trastorno agresivo insociable

Trastorno de la conducta, del tipo solitario agresivo

**F91.2 Trastorno de la conducta sociable**

Trastornos de la conducta que implica un comportamiento asocial o agresivo persistente (que cumple con todos los criterios de F91.– y que no implica un mero comportamiento opositor, desafiante o perjudicial) que se presenta en personas que generalmente se hallan bien integradas al grupo de sus pares.

Ausencia escolar

Delincuencia en grupo

Delitos en el contexto de la pertenencia a una pandilla

Robo en compañía de otros

Trastorno de la conducta, del tipo grupal

**F91.3 Trastorno opositor desafiante**

Trastorno de la conducta que ocurre habitualmente en niños pequeños, que se caracteriza principalmente por un comportamiento notablemente desafiante, desobediente y perjudicial, y que no incluye acciones delictivas ni las formas extremas de comportamiento agresivo o asocial. Para ser codificado aquí, el trastorno debe cumplir con todos los criterios de F91.–, y no es suficiente para el diagnóstico un comportamiento incluso profundamente travieso o pícaro. Esta categoría debe ser utilizada con precaución, especialmente para niños mayores, dado que el trastorno de la conducta clínicamente significativo se acompaña habitualmente de comportamientos asociales o agresivos, que van más allá de una actitud meramente desafiante, desobediente o perjudicial.

**F91.8 Otros trastornos de la conducta**

**F91.9 Trastorno de la conducta, no especificado**

Trastorno (del, de la):

- comportamiento
  - conducta
- } en la niñez SAI

**F92 Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones**

Este grupo de trastornos se caracteriza por la combinación de un comportamiento agresivo, asocial o desafiante persistente, con síntomas evidentes y marcados de depresión, ansiedad y otros desórdenes emocionales. Para ser incluidos en esta categoría, los trastornos deben cumplir tanto con los criterios de los trastornos de la conducta en la niñez (F91.–) como con los de los trastornos emocionales en la niñez (F93.–), con los de un diagnóstico de neurosis de tipo adulto (F40–F48) o de un trastorno del humor (F30–F39).

**F92.0 Trastorno depresivo de la conducta**

Para esta categoría se requiere de la combinación de un trastorno de la conducta (F91.–), con una depresión marcada y persistente del humor (F32.–), que se manifiesta por síntomas tales como excesiva aflicción, pérdida del interés y del goce de actividades habituales, tendencia a inculparse y desesperanza. Pueden haber también perturbaciones del sueño y del apetito.

Trastorno de la conducta en F91.– asociado con trastorno depresivo en F32.–

**F92.8 Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones**  
 Para esta categoría se requiere de la combinación de un trastorno de la conducta (F91.–), con síntomas emocionales marcados y persistentes, tales como ansiedad, obsesiones o compulsiones, despersonalización o desvinculación de la realidad, fobias o hipocondriasis.

Trastorno de la conducta en F91.– asociado con:

- trastorno emocional en F93.–
- trastorno neurótico en F40–F48

**F92.9 Trastorno mixto de la conducta y de las emociones, no especificado**

**F93 Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez**

Más que fenómenos cualitativamente anormales por sí mismos, se trata principalmente de exageraciones de las tendencias normales del desarrollo. La adecuación del desarrollo se usa como rasgo diagnóstico clave para definir la diferencia entre estos trastornos emocionales que comienzan específicamente en la niñez y los trastornos neuróticos (F40–F48).

*Excluye:* cuando se asocian con trastornos de la conducta (F92.–)

**F93.0 Trastorno de ansiedad de separación en la niñez**

Debe diagnosticarse cuando el temor a la separación constituye el foco de la ansiedad y cuando ésta haya surgido durante los primeros años de la niñez. Se diferencia de la ansiedad normal de separación cuando alcanza un grado (gravedad) estadísticamente poco usual (incluida una persistencia anormal, más allá de la edad usual), como también cuando se asocia con un funcionamiento social significativamente deteriorado.

*Excluye:* trastorno(s) (de, del):

- ansiedad:
  - fóbica en la niñez (F93.1)
  - social en la niñez (F93.2)
- humor [afectivos] (F30–F39)
- neuróticos (F40–F48)

**F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez**

Temores de los niños que tienen una marcada especificidad en la fase del desarrollo y que surgen (en algún grado) en la mayoría de ellos, pero que en este caso alcanzan un grado anormal. Los otros miedos que surgen en la niñez y que no son parte normal del desarrollo psicosocial (por ejemplo, la agorafobia), deben ser codificados bajo la categoría adecuada en la sección F40–F48.

*Excluye:* trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

**F93.2 Trastorno de ansiedad social en la niñez**

En este trastorno hay cautela frente a los extraños y aprehensión o ansiedad al encontrar situaciones sociales nuevas, raras o amenazadoras. Esta categoría debe usarse sólo cuando tales temores surgen en edades tempranas y son al mismo tiempo de grado extraordinario y se acompañan de problemas en el comportamiento social.

Trastorno evasivo de la niñez o de la adolescencia

**F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos**

La mayoría de los niños pequeños manifiesta habitualmente algún grado de perturbación emocional después del nacimiento de un hermano menor inmediato. Debe diagnosticarse un trastorno de la rivalidad entre hermanos sólo si el grado o la duración de la perturbación es estadísticamente poco usual y se asocia con anomalías de la interacción social.

Celos de los hermanos

**F93.8 Otros trastornos emocionales en la niñez**

Trastorno de identidad

Trastorno hiperansioso

*Excluye:* trastorno de la identidad de género en la niñez (F64.2)

**F93.9 Trastorno emocional en la niñez, no especificado**

**F94**

**Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia**

Grupo algo heterogéneo de trastornos que tienen en común el inicio de anomalías del comportamiento social durante la etapa de desarrollo, pero que (a diferencia de los trastornos generalizados del desarrollo) no se caracterizan principalmente por incapacidad social aparentemente constitucional o por deficiencias que afectan todas las áreas del comportamiento. En muchos casos es probable que las distorsiones o las privaciones graves originadas en el entorno desempeñen un papel etiológico fundamental.

**F94.0 Mutismo selectivo**

Se caracteriza por una selectividad marcada y emocionalmente determinada al hablar, de tal manera que en algunas situaciones el niño demuestra competencia en el lenguaje, pero fracasa en otras situaciones (definidas). El trastorno se asocia habitualmente con características marcadas de la personalidad, que implican ansiedad social, aislamiento, sensibilidad o resistencia.

Mutismo selectivo

*Excluye:* esquizofrenia (F20.–)

mutismo transitorio como parte de la ansiedad de separación en niños pequeños (F93.0)

trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80.–)

trastornos generalizados del desarrollo (F84.–)

**F94.1 Trastorno de vinculación reactiva en la niñez**

Comienza durante los primeros cinco años de la vida, y se caracteriza por anomalías persistentes en el patrón de relaciones sociales que se asocian con perturbaciones emocionales y que son reactivas a cambios en las circunstancias del entorno (por ejemplo, temerosidad e hipervigilancia, interacción social pobre con otros niños, agresión contra sí mismo y contra los demás, aflicción y, en algunos casos, falla del crecimiento). Probablemente el síndrome es producto directo de negligencia paternal grave, abuso o maltrato importante.

Use código adicional si desea identificar cualquier falla del desarrollo o retardo del crecimiento asociados.

**Excluye:** abuso sexual o físico en la niñez, que produce alteraciones psicosociales (Z61.4–Z61.6)  
síndrome de Asperger (F84.5)  
síndromes del maltrato (T74.–)  
trastorno de vinculación desinhibida en la niñez (F94.2)  
variación normal en el patrón de vinculación selectiva

**F94.2 Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez**

Patrón particular de comportamiento social anormal que surge durante los primeros cinco años de la vida y que tiende a mantenerse a pesar de cambios profundos en las circunstancias del entorno, por ejemplo, comportamiento afectivo difuso y no selectivamente focalizado, búsqueda de atención y comportamiento amistoso indiscriminado, interacciones con otros niños escasamente adaptadas; según las circunstancias, puede estar también asociado a perturbación emocional o del comportamiento.

Psicopatía por falta de afecto

Síndrome institucional

**Excluye:** hospitalismo en niños (F43.2)  
síndrome de Asperger (F84.5)  
trastorno reactivo de la vinculación en la niñez (F94.1)  
trastornos hipercinéticos (F90.–)

**F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la niñez**

**F94.9 Trastorno del comportamiento social en la niñez, no especificado**

**F95**

**Trastornos por tics**

Síndromes en los cuales la manifestación predominante es alguna forma de tic. Un tic es un acto motor involuntario, rápido, recurrente y no rítmico (que involucra habitualmente a grupos musculares circunscritos) o una emisión vocal de comienzo brusco, sin ningún propósito aparente. Los tics tienden a ser experimentados como irresistibles, pero habitualmente pueden ser suprimidos durante períodos variables, se exacerban con el estrés y desaparecen durante el sueño. Los tics motores simples comunes incluyen parpadeo, sacudir el cuello, encogerse de hombros y muecas faciales. Los tics vocales simples comunes incluyen carraspear, toser, resoplar y sisear. Los tics complejos comunes incluyen golpearse, saltar y cojear. Los tics vocales complejos comunes incluyen la repetición de determinadas palabras y a veces la utilización de términos (a menudo obscenos) socialmente inaceptables (coprolalia), o la repetición de sonidos o palabras propios (palilalia).

**F95.0 Trastorno por tic transitorio**

Cumple con los criterios generales de un trastorno por tic, pero sin durar más de 12 meses. Estos tics toman habitualmente la forma de parpadeos, muecas faciales o cabeceos.

**F95.1 Trastorno por tic motor o vocal crónico**

Cumple con los criterios generales de un trastorno por tic, en el que hay tics motores o vocales (pero no ambos), que pueden ser simples o múltiples (habitualmente son múltiples) y duran más de un año.

**F95.2 Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados [de la Tourette]**

Es una forma del trastorno en la que hay —o hubo— tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no es necesario que éstos hayan tenido lugar simultáneamente. El trastorno se agrava habitualmente durante la adolescencia, y tiende a persistir en la edad adulta. Los tics vocales son a menudo múltiples, con vocalizaciones iterativas explosivas, carraspeos y gruñidos, y puede aparecer el uso de palabras o frases obscenas. A veces se da una ecopraxia gestual asociada, la cual puede ser también de naturaleza obscena (copropraxia).

**F95.8 Otros trastornos por tics**

**F95.9 Trastorno por tic, no especificado**

Tic SAI

**F98**

**Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia**

Grupo heterogéneo de trastornos que comparten la característica de comenzar en la niñez, pero que aparte de eso, difieren en muchos aspectos. Algunas de las afecciones representan síndromes bien definidos, pero otras no son más que síntomas complejos que requieren su inclusión por su frecuencia, porque se asocian con problemas psicosociales y porque no pueden ser incorporados a otros síndromes.

*Excluye:* ataques de retención de la respiración (R06.8)  
 síndrome de Kleine-Levin (G47.8)  
 trastorno de la identidad con el género en la niñez (F64.2)  
 trastornos del sueño debidos a causas emocionales (F51.-)  
 trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-)

**F98.0**

**Enuresis no orgánica**

Trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina durante el día y durante la noche, considerado anormal para la edad mental de la persona y que no es consecuencia de una pérdida del control vesical debida a cualquier trastorno neurológico, ataques epilépticos o anomalías anatómicas de las vías urinarias. La enuresis puede haber estado presente desde el nacimiento o puede haber surgido en un período siguiente a la adquisición del control vesical. La enuresis puede estar o no asociada con un trastorno emocional o del comportamiento más amplio.

Enuresis (primaria)(secundaria):

- de origen no orgánico
- funcional
- psicógena

Incontinencia urinaria de origen no orgánico

*Excluye:* enuresis SAI (R32)

**F98.1 Encopresis no orgánica**

Emisión repetida, voluntaria o involuntaria, de materia fecal, habitualmente de consistencia normal o casi normal, en lugares no adecuados para estos fines en el ambiente sociocultural de la persona. La afección puede representar una prolongación anormal de la incontinencia infantil normal, implicar una pérdida de la continencia después de la adquisición del control intestinal, o ser una deposición deliberada de las heces en lugares inadecuados, a pesar de tener la persona un control fisiológico intestinal normal. La afección puede ocurrir como un trastorno monosintomático o puede formar parte de un trastorno más amplio, especialmente un trastorno emocional (F93.-) o un trastorno de la conducta (F91.-).

Encopresis:

- funcional
- psicógena

Incontinencia fecal de origen no orgánico

Use código adicional si desea identificar la causa de cualquier constipación coexistente.

*Excluye:* encopresis SAI (R15)

**F98.2 Trastorno de la gestión alimentaria en la infancia y la niñez**

Trastorno al ingerir alimentos, de variadas manifestaciones, habitualmente específico de la infancia y la niñez temprana. Por lo común implica el rechazo del alimento y caprichosidad extrema, en presencia de un aporte adecuado de alimentos, competencia razonable del cuidador y ausencia de enfermedad orgánica. Puede o no haber rumiación asociada (regurgitación repetida sin náusea o enfermedad gastrointestinal).

Trastorno de la rumiación en la infancia

*Excluye:* anorexia nerviosa y otros trastornos de la ingestión de alimentos (F50.-)

dificultades y mala administración de la alimentación (R63.3)

pica en la infancia o la niñez (F98.3)

problemas de la ingestión de alimentos del recién nacido (P92.-)

**F98.3 Pica en la infancia y la niñez**

Ingestión persistente de sustancias no nutritivas (tales como tierra, fragmentos de pintura, etc.). Puede presentarse como uno de los muchos síntomas de un trastorno psiquiátrico más amplio (como el autismo), o como un comportamiento psicopatológico relativamente aislado. Sólo este último caso debe ser clasificado aquí. El fenómeno es más frecuente en niños retrasados mentales. Si hay también retraso mental, F70–F79 debe seleccionarse como diagnóstico principal.

**F98.4 Trastornos de los movimientos estereotipados**

Movimientos voluntarios, repetitivos, estereotipados, no funcionales (y a menudo, rítmicos), que no forman parte de ninguna afección psiquiátrica o neurológica reconocida. Cuando estos movimientos son síntomas de algún otro trastorno, sólo debe ser codificado el trastorno general. Los movimientos de la variedad no autolesionante incluyen balanceo del cuerpo o de la cabeza, jaladura y retorcimiento de cabellos, tamborileo amanerado de los dedos y palmoteo. El comportamiento estereotipado autolesionante incluye golpes repetitivos en la cabeza, bofetadas repetitivas, hurgueteo repetitivo de los ojos y mordedura de las manos, los labios y otras partes del cuerpo. Todos los trastornos de movimientos estereotipados ocurren más frecuentemente asociados con retraso mental (en este caso, deben codificarse ambos). Si hay hurgueteo de los ojos en un niño con deficiencia visual, ambos deben codificarse: el hurgueteo de los ojos en esta categoría y la afección visual bajo el código del trastorno somático correspondiente.

Trastorno del hábito/estereotipo

*Excluye:* estereotipias que son parte de una afección psiquiátrica más generalizada (F00–F95)  
 hurgueteo de la nariz (F98.8)  
 movimientos involuntarios anormales (R25.–)  
 onicofagia (F98.8)  
 succión del pulgar (F98.8)  
 trastornos del movimiento de origen orgánico (G20–G25)  
 trastornos por tics (F95.–)  
 tricotilomanía (F63.3)

**F98.5 Tartamudez [espasmofemia]**

Habla caracterizada por repetición frecuente o prolongación de sonidos, sílabas o palabras, o bien por vacilaciones frecuentes o pausas que interrumpen su flujo rítmico. Debe ser clasificada como un trastorno sólo si su gravedad es tal que deteriora notablemente la fluidez del discurso.

*Excluye:* farfullero (F98.6)  
 trastornos por tics (F95.–)

**F98.6 Farfullero**

Alta velocidad del discurso, con interrupción de la fluidez pero sin repeticiones ni vacilaciones, de tal gravedad que da lugar a un deterioro de la inteligibilidad del mismo. El habla es errática y disrítica, con accesos espasmódicos rápidos que implican habitualmente un fraseo erróneo.

*Excluye:* tartamudez (F98.5)  
 trastornos por tics (F95.–)

**F98.8 Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia**

Hurgueteo de la nariz  
 Masturbación excesiva  
 Onicofagia  
 Succión del pulgar  
 Trastorno deficitario de la atención sin hiperactividad

**F98.9** Trastornos no especificados, emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

Trastorno mental no especificado  
(F99)

**F99** Trastorno mental, no especificado

Enfermedad mental SAI

*Excluye:* trastorno mental orgánico SAI (F06.9)