

CAPÍTULO 06

Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo

Este capítulo tiene 161 categorías de cuatro caracteres.

El rango de los códigos comienza en 6A00.

Los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo son síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Exclusiones: Reacción al estrés agudo (QE84)
Duelo sin complicaciones (QE62)

Codificado en otra parte: Trastornos del ciclo de sueño y vigilia (7A00-7B2Z)
Disfunciones sexuales (HA00-HA0Z)
Discordancia de género (HA60-HA6Z)

Este capítulo incluye los siguientes grupos de nivel superior:

- Trastornos del neurodesarrollo
- Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios
- Catatonia
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo
- Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados
- Trastornos específicamente asociados con el estrés
- Trastornos disociativos
- Trastornos del comportamiento alimentario
- Trastorno de eliminación
- Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal
- Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos
- Trastornos del control de los impulsos
- Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial
- Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados
- Trastornos parafílicos
- Trastornos facticios
- Trastornos neurocognitivos

- Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio
- Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte

Trastornos del neurodesarrollo (BlockL1-6A0)

Los trastornos del neurodesarrollo son trastornos cognitivos y del comportamiento que surgen durante el período del desarrollo y que implican dificultades significativas en la adquisición y ejecución de funciones intelectuales, motoras y sociales específicas. Aunque los déficits conductuales y cognitivos están presentes en muchos trastornos mentales y del comportamiento que pueden presentarse durante el período del desarrollo (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno bipolar), en esta agrupación solo se incluyen los trastornos cuyas características fundamentales son el desarrollo neurológico. La presunta etiología de los trastornos del neurodesarrollo es compleja y en muchos casos, desconocida.

Codificado en otra parte: Tics o trastornos por tics primarios (8A05.0)

Síndrome secundario del neurodesarrollo (6E60)

6A00

Trastornos del desarrollo intelectual

Los trastornos del desarrollo intelectual se refieren a un grupo de afecciones etiológicamente diversas originadas durante el periodo del desarrollo y caracterizadas por un funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo significativamente inferiores al promedio, que son aproximadamente de dos o más desviaciones típicas por debajo de la media (aproximadamente menos del percentil 2,3), de acuerdo con pruebas estandarizadas debidamente normalizadas y administradas individualmente. Si no se dispone de pruebas estandarizadas y normalizadas, el diagnóstico de los trastornos del desarrollo intelectual requiere una mayor confianza en el juicio clínico con base en una evaluación apropiada de indicadores comparables del comportamiento.

Nota sobre la codificación: Use un código adicional, si lo desea, para identificar cualquier etiología conocida.

6A00.0

Trastorno del desarrollo intelectual leve

Un trastorno de desarrollo intelectual de tipo leve es una afección que se origina durante el período de desarrollo y se caracteriza por un funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo significativamente inferiores al promedio, que son aproximadamente de dos o más desviaciones típicas por debajo de la media (aproximadamente percentil 0,1 - 2,3), de acuerdo con pruebas estandarizadas debidamente normalizadas, administradas individualmente, o por indicadores de comportamiento comparables cuando las pruebas estandarizadas no están disponibles. Las personas afectadas a menudo presentan dificultades en la adquisición y comprensión de conceptos de lenguaje complejo y de habilidades académicas. Sin embargo se cuenta con la mayoría de las actividades principales de autocuidado básico, domésticas y prácticas, por lo que aunque podrían requerir de apoyo, generalmente las personas afectadas por un trastorno del desarrollo intelectual leve logran vivir de manera relativamente independiente y conseguir empleo en la edad adulta.

6A00.1 Trastorno del desarrollo intelectual moderado

Un trastorno del desarrollo intelectual de tipo moderado es una afección que se origina durante el período de desarrollo y se caracteriza por un funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo significativamente inferiores al promedio, que son aproximadamente tres a cuatro desviaciones estándar por debajo de la media (aproximadamente percentil 0,003 - 0,1), de acuerdo con pruebas estandarizadas debidamente normalizadas, administradas individualmente, o por indicadores de comportamiento comparables cuando las pruebas estandarizadas no están disponibles. El lenguaje y la capacidad para la adquisición de las habilidades académicas de las personas afectadas por un trastorno del desarrollo intelectual moderado varían, pero generalmente se limita a las competencias básicas. Algunos pueden dominar el autocuidado básico, doméstico y prácticos. Las personas más afectadas requieren un apoyo considerable y constante con el fin de lograr una vida independiente y el empleo en la edad adulta.

6A00.2 Trastorno del desarrollo intelectual grave

Un trastorno del desarrollo intelectual de tipo grave es una afección que se origina durante el periodo de desarrollo que se caracteriza por un funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo significativamente inferiores al promedio, que son aproximadamente de cuatro o más desviaciones estándar por debajo de la media (menos que aproximadamente el percentil 0,003), de acuerdo con pruebas estandarizadas debidamente normalizadas, administradas individualmente, o con indicadores de comportamiento comparables cuando las pruebas estandarizadas no están disponibles. Las personas afectadas exhiben un lenguaje y una capacidad para la adquisición de habilidades académicas muy limitada. También pueden tener deficiencias motoras y normalmente requieren de apoyo diario en un entorno supervisado para la atención adecuada, pero pueden adquirir habilidades de autocuidado con entrenamiento intensivo. Los trastornos graves y profundos del desarrollo intelectual se diferencian exclusivamente sobre la base de las diferencias de comportamiento adaptativo, pues las pruebas de inteligencia estandarizadas existentes no pueden distinguir confiable o válidamente entre individuos con funcionamiento intelectual por debajo del percentil 0,003.

6A00.3 Trastorno del desarrollo intelectual profundo

Un trastorno del desarrollo intelectual de tipo profundo es una afección que se origina durante el período de desarrollo que se caracteriza por un funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo significativamente inferiores al promedio, aproximadamente de cuatro o más desviaciones estándar por debajo de la media (aproximadamente menos del percentil 0,003), sobre la base de pruebas estandarizadas debidamente normalizadas, administradas individualmente, o de indicadores conductuales comparables cuando las pruebas estandarizadas no están disponibles. Las personas afectadas poseen habilidades de comunicación muy limitadas y su capacidad para la adquisición de herramientas académicas se restringe a las habilidades concretas básicas. También pueden tener deficiencias motoras y sensoriales coexistentes y normalmente requieren de apoyo diario en un entorno supervisado para la atención adecuada. Los trastornos graves y profundos del desarrollo intelectual se distinguen exclusivamente sobre la base de las diferencias de comportamiento adaptativo, pues las pruebas estandarizadas de inteligencia existentes no pueden distinguir confiable o válidamente entre personas con funcionamiento intelectual por debajo del percentil 0,003.

6A00.4**Trastorno del desarrollo intelectual, provisional**

El trastorno del desarrollo intelectual de tipo provisional se asigna cuando hay evidencia de un trastorno del desarrollo intelectual, pero el individuo es un lactante o niño menor de 4 años, o no es posible llevar a cabo una evaluación válida del funcionamiento intelectual y del comportamiento adaptativo debido a deficiencias sensoriales o físicas (por ejemplo, ceguera, sordera previa a la adquisición del lenguaje), discapacidad locomotriz, problemas graves de comportamiento u otros trastornos mentales o del comportamiento concomitantes.

6A00.Z**Trastorno del desarrollo intelectual, sin especificación****6A01****Trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje**

Los trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje surgen durante el período de desarrollo y se caracterizan por dificultades para comprender o producir el habla y el lenguaje, o utilizar el lenguaje en contexto para propósitos de comunicación que están fuera de los límites de variación normal esperados para la edad y el nivel de funcionamiento intelectual. Los problemas de habla y lenguaje observados no son atribuibles a factores sociales o culturales (por ejemplo, dialectos regionales) y no se explican completamente por anomalías anatómicas o neurológicas. La etiología presunta para los trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje es compleja, y en muchos casos individuales es desconocida.

6A01.0**Trastorno del desarrollo del sonido del habla**

Se caracteriza por dificultades en la adquisición, la producción y la percepción del habla que lleva a errores de pronunciación, ya sea por el número de errores o el tipo de error o la calidad de la producción del habla que están fuera de los límites de variación normal esperada para la edad y el nivel de funcionamiento intelectual, y que causan una reducción de la inteligibilidad y afectan significativamente la comunicación. Los errores en la pronunciación se presentan durante el período de desarrollo temprano y no se pueden explicar por variaciones sociales, culturales o ambientales de otro tipo (por ejemplo, dialectos regionales). Los errores del habla no son completamente explicados por discapacidad auditiva o una anomalía estructural o neurológica.

Inclusiones: Trastorno funcional de la articulación del habla

Exclusiones: Sordera no especificada de otra manera (AB52)

Enfermedades del sistema nervioso (Capítulo 08)

Disartria (MA80.2)

6A01.1**Trastorno del desarrollo de la fluidez del habla**

El trastorno de desarrollo de la fluidez del habla se caracteriza por la alteración persistente y frecuente o dominante del flujo rítmico del habla que surge durante el período de desarrollo, que está fuera de los límites de variación normal esperada para la edad y el nivel de funcionamiento intelectual, y que lleva a una inteligibilidad menor que afecta significativamente la comunicación. Puede incluir repeticiones de sonidos, sílabas o palabras, prolongaciones, separación de palabras, bloqueo de la producción, uso excesivo de interjecciones, y ráfagas breves y rápidas de discurso.

Exclusiones: Trastornos por tics (8A05)

6A01.2 Trastorno del desarrollo del lenguaje

Se caracteriza por dificultades persistentes en la adquisición, la comprensión, la producción o el uso del lenguaje (hablado o de señas), que se presenta durante el desarrollo, generalmente durante la primera infancia, y causan limitaciones significativas en la capacidad del individuo para comunicarse. La capacidad del individuo para comprender, producir o usar el lenguaje está marcadamente por debajo de lo que se esperaría dada la edad y el nivel de funcionamiento intelectual del individuo. Los déficits del lenguaje no se explican por otro trastorno del desarrollo neurológico, deficiencia sensorial o condición neurológica, incluidos los efectos de infecciones o lesiones cerebrales.

Exclusiones: Trastorno del espectro autista (6A02)
Enfermedades del sistema nervioso (Capítulo 08)
Sordera no especificada de otra manera (AB52)
Mutismo selectivo (6B06)

6A01.20 Trastorno del desarrollo con deficiencia del lenguaje receptivo y expresivo

Se caracteriza por las dificultades persistentes en la adquisición, la comprensión, la producción y el uso del lenguaje que surgen durante el período de desarrollo, por lo general durante la primera infancia, y causa importantes limitaciones en la capacidad del individuo para comunicarse. La capacidad de comprender el lenguaje hablado o de señas (es decir, el lenguaje receptivo) está muy por debajo del nivel esperado de acuerdo a la edad y el nivel de funcionamiento intelectual del individuo, y está acompañado por un deterioro persistente en la capacidad de producir y usar lenguaje hablado o de señas (es decir, lenguaje expresivo).

Inclusiones: Afasia de Wernicke del desarrollo
Disfasia o afasia del desarrollo, de tipo receptivo

Exclusiones: Trastorno del espectro autista (6A02)
Mutismo selectivo (6B06)
Enfermedades del sistema nervioso (Capítulo 08)
Sordera no especificada de otra manera (AB52)
Afasia adquirida con epilepsia [Landau-Kleffner]
Disfasia SAI

6A01.21

Trastorno del desarrollo del lenguaje con deficiencia principalmente del lenguaje expresivo

Se caracteriza por dificultades persistentes en la adquisición, producción y uso del lenguaje. Estas dificultades se presentan durante el período de desarrollo, por lo general en la primera infancia, y causan importantes limitaciones en la capacidad del individuo para comunicarse. La capacidad de producir y utilizar lenguaje hablado o de señas (es decir, el lenguaje expresivo) está claramente por debajo del nivel esperado considerando la edad y el nivel de funcionamiento intelectual del individuo, pero la capacidad de entender lenguaje hablado o de señas (es decir, el lenguaje receptivo) está relativamente intacta.

Inclusiones: Disfasia o afasia del desarrollo, de tipo expresivo

Exclusiones: Mutismo selectivo (6B06)

Enfermedades del sistema nervioso (Capítulo 08)

Sordera no especificada de otra manera (AB52)

Afasia adquirida con epilepsia [Landau-Kleffner]

Afasia SAI

Disfasia SAI

Disfasia y afasia del desarrollo, de tipo receptivo

6A01.22

Trastorno del desarrollo del lenguaje con deficiencia principalmente del lenguaje pragmático

El trastorno del lenguaje del desarrollo con deficiencia principalmente del lenguaje pragmático se caracteriza por dificultades persistentes y marcadas con la comprensión y el uso del lenguaje en contextos sociales, por ejemplo en cuanto a las inferencias, a la comprensión del humor verbal y la resolución del significado ambiguo. Estas dificultades surgen durante el período de desarrollo, generalmente en la primera infancia, y causan limitaciones significativas en la capacidad del individuo para comunicarse. Las habilidades del lenguaje pragmático están marcadamente por debajo del nivel esperado dada la edad del individuo y el nivel de funcionamiento intelectual, pero los demás componentes del lenguaje receptivo y expresivo están relativamente intactos. Este calificador no debe usarse si la alteración del lenguaje pragmático se explica mejor por el trastorno del espectro autista o por deficiencias en otros componentes del lenguaje receptivo o expresivo.

Exclusiones: Trastorno del espectro autista (6A02)

Enfermedades del sistema nervioso (Capítulo 08)

Mutismo selectivo (6B06)

6A01.23 Trastorno del desarrollo del lenguaje, con otro tipo de deficiencia específica del lenguaje

El trastorno del desarrollo del lenguaje con otro tipo de deficiencia específica del lenguaje se caracteriza por las dificultades persistentes en la adquisición, la comprensión, la producción o el uso del lenguaje (hablado o de señas), que surgen durante el periodo de desarrollo y causa limitaciones significativas en la capacidad del individuo para comunicarse. El patrón de déficits específicos en cuanto a las habilidades del lenguaje no se refleja adecuadamente en ninguna de las otras categorías de trastornos de desarrollo del lenguaje.

Exclusiones:

- Trastorno del espectro autista (6A02)
- Enfermedades del sistema nervioso (Capítulo 08)
- Trastornos del desarrollo intelectual (6A00)
- Mutismo selectivo (6B06)

6A01.Y Otros trastornos especificados del desarrollo del habla o del lenguaje

6A01.Z Trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje, sin especificación

6A02 Trastorno del espectro autista

El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la capacidad de iniciar y sostener la interacción social recíproca y la comunicación social, y por un rango de patrones comportamentales e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles. El inicio del trastorno ocurre durante el período del desarrollo, típicamente en la primera infancia, pero los síntomas pueden no manifestarse plenamente hasta más tarde, cuando las demandas sociales exceden las capacidades limitadas. Los déficits son lo suficientemente graves como para causar deterioro a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo, y generalmente constituyen una característica persistente del individuo que es observable en todos los ámbitos, aunque pueden variar de acuerdo con el contexto social, educativo o de otro tipo. A lo largo del espectro los individuos exhiben una gama completa de capacidades del funcionamiento intelectual y habilidades de lenguaje.

Inclusiones:

- Retraso del desarrollo generalizado
- trastorno autista

Exclusiones:

- Trastorno del desarrollo del lenguaje (6A01.2)
- Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios (BlockL1-6A2)

6A02.0 Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia leve o nula del lenguaje funcional

Se cumplen todos los requisitos de la definición de trastorno del espectro autista, el funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo se encuentran al menos dentro del rango promedio (aproximadamente mayor que el percentil 2,3), y solo hay una alteración mínima o ninguna alteración en la capacidad del individuo para el uso funcional del lenguaje (hablado o de señas) con propósitos instrumentales, como para expresar sus necesidades y deseos personales.

- 6A02.1 Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con leve o ningún deterioro del lenguaje funcional**
Se cumplen todos los requerimientos de la definición tanto para el trastorno del espectro autista como para el trastorno del desarrollo intelectual, y solo existe una alteración leve o nula para utilizar el lenguaje funcional (hablado o de señas) con fines instrumentales, como expresar sus necesidades y deseos personales.
- 6A02.2 Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional**
Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno del espectro autista, el funcionamiento intelectual y el comportamiento adaptativo se encuentran por lo menos dentro del rango promedio (aproximadamente mayor que el percentil 2,3) y hay un marcado deterioro en el lenguaje funcional (hablado o de señas) en relación con la edad del individuo. El individuo no es capaz de utilizar más que palabras sueltas o frases simples con fines instrumentales, como para expresar sus necesidades y deseos personales.
- 6A02.3 Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional**
Se cumplen todos los requisitos de la definición tanto para el trastorno del espectro autista y el trastorno del desarrollo intelectual, y hay un marcado deterioro en el lenguaje funcional (hablado o de señas) en relación con la edad del individuo. El individuo no es capaz de utilizar más que palabras o frases simples para propósitos instrumentales, como para expresar necesidades y deseos personales.
- 6A02.4 Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia del lenguaje funcional**
Se cumplen todos los requisitos de la definición de trastorno del espectro autista, el funcionamiento intelectual y el comportamiento adaptativo se encuentran por lo menos dentro del rango promedio (aproximadamente mayor que el percentil 2,3) y, en relación con la edad del individuo, hay completa o casi completa ausencia de habilidad para utilizar el lenguaje funcional (hablado o de señas) con fines instrumentales, como para expresar sus necesidades y deseos personales.
- 6A02.5 Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia del lenguaje funcional**
Todos los requisitos de definición para ambos tanto para el trastorno del espectro autista como para el trastorno del desarrollo intelectual se cumplen y están completos, o casi completo, ausencia de capacidad relativa a la edad del individuo para usar un lenguaje funcional (hablado o de señas) con fines instrumentales, como para expresar necesidades y deseos personales
- 6A02.Y Otro trastorno especificado del espectro autista**
- 6A02.Z Trastorno del espectro autista, sin especificación**

6A03**Trastorno del desarrollo del aprendizaje**

El trastorno del desarrollo del aprendizaje se caracteriza por dificultades significativas y persistentes en el aprendizaje de habilidades académicas, que pueden incluir la lectura, la escritura o la aritmética. El desempeño del individuo en la habilidad o habilidades académicas afectadas está marcadamente por debajo de lo que cabría esperar para la edad cronológica y el nivel general de funcionamiento intelectual, y da lugar a un deterioro significativo en el funcionamiento académico o laboral del individuo. El trastorno del desarrollo del aprendizaje se manifiesta por primera vez cuando se enseñan las habilidades académicas durante los primeros años escolares. Este trastorno no se debe a un trastorno del desarrollo intelectual, discapacidad sensorial (visión o audición), trastorno neurológico o motor, falta de disponibilidad de educación, falta de dominio del idioma de instrucción académica o adversidad psicosocial.

Exclusiones: Disfunciones simbólicas (MB4B)

6A03.0**Trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en la lectura**

El trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en la lectura se caracteriza por dificultades significativas y persistentes en el aprendizaje de habilidades académicas relacionadas con la lectura, como precisión en la lectura de la palabra, fluidez en la lectura y comprensión de la lectura. El desempeño del individuo en la lectura está muy por debajo de lo que cabría esperar para la edad cronológica y el nivel de funcionamiento intelectual, y da lugar a un deterioro significativo en el funcionamiento académico o laboral del individuo. El trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en la lectura no se debe a un trastorno del desarrollo intelectual, discapacidad sensorial (visión o audición), trastorno neurológico, falta de disponibilidad de educación, falta de dominio del idioma de instrucción académica o adversidad psicosocial.

Inclusiones: Dislexia del desarrollo

Exclusiones: Trastornos del desarrollo intelectual (6A00)

6A03.1**Trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en la escritura**

El trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en la expresión escrita se caracteriza por dificultades significativas y persistentes en el aprendizaje de habilidades académicas relacionadas con la escritura, como la precisión en la ortografía, la precisión en la gramática y la puntuación, y la organización y coherencia de las ideas por escrito. El desempeño del individuo en la expresión escrita está muy por debajo de lo que cabría esperar para la edad cronológica y el nivel de funcionamiento intelectual, y da lugar a un deterioro significativo en su funcionamiento académico o laboral. Este trastorno no se debe a un trastorno del desarrollo intelectual, discapacidad sensorial (visión o audición), trastorno neurológico o motor, falta de disponibilidad de educación, falta de dominio del idioma de instrucción académica o adversidad psicosocial.

Exclusiones: Trastornos del desarrollo intelectual (6A00)

6A03.2 Trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en matemáticas

El trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en matemáticas se caracteriza por dificultades significativas y persistentes en el aprendizaje de habilidades académicas relacionadas con las matemáticas o la aritmética, como el sentido del número, la memorización de hechos numéricos, el cálculo preciso, el cálculo con fluidez y el razonamiento matemático preciso. El desempeño del individuo en matemáticas o aritmética está muy por debajo de lo que se esperaría para el desarrollo cronológico y el nivel de funcionamiento intelectual, y provoca un deterioro significativo en su actividad académica o laboral. Este trastorno no se debe a un trastorno del desarrollo intelectual, discapacidad sensorial (visión o audición), trastorno neurológico, falta de disponibilidad de educación, falta de dominio del idioma de instrucción académica o adversidad psicosocial.

Exclusiones: Trastornos del desarrollo intelectual (6A00)

6A03.3 Trastorno del desarrollo del aprendizaje con otras dificultades específicas de aprendizaje

El trastorno del desarrollo del aprendizaje con otras dificultades específicas de aprendizaje se caracteriza por dificultades significativas y persistentes en el aprendizaje de las habilidades académicas distintas de la lectura, las matemáticas y la expresión escrita. El desempeño del individuo en la habilidad académica relevante está marcadamente por debajo de lo que cabría esperar para la edad cronológica y el nivel de funcionamiento intelectual, y da lugar a un deterioro significativo en su funcionamiento académico o laboral. Este trastorno no se debe a un trastorno del desarrollo intelectual, discapacidad sensorial (visión o audición), trastorno neurológico, falta de disponibilidad de educación, falta de dominio del idioma de instrucción académica o adversidad psicosocial.

Exclusiones: Trastornos del desarrollo intelectual (6A00)

6A03.Z Trastorno del desarrollo del aprendizaje, sin especificación

6A04

Trastorno del desarrollo de la coordinación motora

Se caracteriza por un retraso significativo en la adquisición de las habilidades motoras gruesas y finas, y una deficiencia en la ejecución de las habilidades motoras coordinadas que se manifiestan como torpeza, lentitud o imprecisión en el desempeño motor. Las habilidades motoras coordinadas están sustancialmente por debajo de lo esperado dada la edad cronológica del individuo y su nivel de funcionamiento intelectual. El inicio de las dificultades motoras coordinadas ocurre durante el período de desarrollo y generalmente resulta evidente desde la primera infancia. Las dificultades de las habilidades motoras coordinadas causan limitaciones significativas y persistentes en el funcionamiento (por ejemplo, en las actividades de la vida diaria, el trabajo escolar y las actividades vocacionales y recreativas). Las dificultades con las habilidades motoras coordinadas no se pueden atribuir únicamente a una enfermedad del sistema nervioso, una enfermedad del sistema musculoesquelético o tejido conectivo ni deterioro sensorial, y no se explican mejor por un trastorno del desarrollo intelectual.

Exclusiones: Anomalías de la marcha y la movilidad (MB44)
Enfermedades del sistema musculo esquelético o del tejido conectivo (Capítulo 15)
Enfermedades del sistema nervioso (Capítulo 08)

6A05**Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención**

Se caracteriza por un patrón persistente (al menos 6 meses) de falta de atención o hiperactividad e impulsividad, que comienza en el período del desarrollo, normalmente a principios o mediados de la infancia. El grado de falta de atención e hiperactividad o impulsividad está fuera de los límites de variación normal esperada para la edad y el nivel de funcionamiento intelectual, e interfiere significativamente con el funcionamiento académico, laboral o social. La falta de atención se refiere a una dificultad importante en el mantenimiento de la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes. También se refiere a la distracción y a problemas de organización. La hiperactividad es el exceso de actividad motora y dificultades para quedarse inmóvil, más evidente en situaciones estructuradas que requieren de un comportamiento de autocontrol. La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a los estímulos inmediatos, sin reflexión o consideración de los riesgos y consecuencias. El equilibrio relativo y las manifestaciones específicas de la falta de atención y la hiperactividad o impulsividad varían entre los individuos y pueden cambiar en el curso del desarrollo. Para poder diagnosticar el trastorno, el patrón de comportamiento debe ser claramente observable en más de un escenario.

Inclusiones: Síndrome de déficit de atención con hiperactividad
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Exclusiones: Trastorno del espectro autista (6A02)
Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial
(BlockL1-6C9)

6A05.0**Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, predominantemente con presentación de falta de atención**

Se cumplen todos los requisitos de la definición para el trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, y los síntomas de falta de atención son predominantes en la presentación clínica. La falta de atención se refiere a una dificultad importante en el mantenimiento de la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización. Algunos de los síntomas hiperactivos e impulsivos también pueden estar presentes, pero estos no son clínicamente significativos en relación con los síntomas de la falta de atención.

6A05.1**Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, predominantemente con presentación hiperactiva e impulsiva**

Se cumplen todos los requisitos de la definición para el trastorno por hiperactividad y déficit de atención, y los síntomas de hiperactividad e impulsividad son predominantes en la presentación clínica. La hiperactividad se refiere al exceso de actividad motora y dificultades para permanecer inmóvil, más evidentes en situaciones estructuradas que requieren de un comportamiento de autocontrol. La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a los estímulos inmediatos, sin reflexión o consideración de los riesgos y consecuencias. También pueden presentarse algunos síntomas de falta de atención, pero estos no son clínicamente significativos en relación con los síntomas hiperactivos e impulsivos.

6A05.2 Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, presentación combinada

Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno por hiperactividad y déficit de la atención. Tanto los síntomas de falta de atención y de hiperactividad e impulsividad son clínicamente significativos, pero ninguno predomina en la presentación clínica. La falta de atención se refiere a una dificultad importante en el mantenimiento de la atención en tareas que no proporcionan un alto grado de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas con la organización. La hiperactividad se refiere al exceso de actividad motora y dificultades para permanecer inmóvil, más evidentes en situaciones estructuradas que requieren de un comportamiento de autocontrol. La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a los estímulos inmediatos, sin reflexión o consideración de los riesgos y las consecuencias.

6A05.Y Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención, otro cuadro clínico especificado

6A05.Z Trastorno por hiperactividad y déficit de atención, sin especificación

6A06 Trastorno por movimientos estereotipados

El trastorno de movimiento estereotipado se caracteriza por movimientos voluntarios, repetitivos, estereotipados, aparentemente sin sentido (a menudo rítmicos) que surgen durante el período temprano del desarrollo, no son causados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o medicamento (incluida la abstinencia), e interfieren marcadamente con las actividades normales o causan daños corporales autoinfligidos. Los movimientos estereotipados que no son perjudiciales pueden incluir balanceo del cuerpo, de la cabeza, manierismo de los dedos y agitación de las manos. Los comportamientos autoperjudiciales estereotipados pueden incluir golpearse la cabeza de manera repetitiva, darse palmadas en la cara, pincharse los ojos y morderse las manos, los labios u otras partes del cuerpo.

Exclusiones: Trastornos por tics (8A05)
Tricotilomanía (6B25.0)
Movimientos involuntarios anormales (MB46)

6A06.0 Trastorno por movimientos estereotipados sin autolesiones

Esta categoría debe aplicarse a las formas de trastorno del movimiento estereotipado en que los comportamientos estereotipados interfieren marcadamente con actividades normales, pero no causan daños corporales autoinfligidos. Este trastorno se caracteriza por movimientos voluntarios, repetitivos, estereotipados, aparentemente sin sentido (a menudo rítmicos) que surgen durante el período temprano del desarrollo, no son causados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o medicamento (incluida la abstinencia) e interfieren marcadamente con las actividades normales. Los movimientos estereotipados que no son perjudiciales pueden incluir balancear el cuerpo, cabezazos, modismos de los dedos y agitar las manos.

6A06.1 Trastorno por movimientos estereotipados con autolesiones

Esta categoría debe aplicarse a las formas de trastorno del movimiento estereotipado en que los comportamientos estereotipados resultan en daños corporales autoinfligidos que son lo suficientemente significativos para requerir tratamiento médico, o que causarían una lesión de este tipo si no se emplean medidas de protección (por ejemplo, casco para prevenir las heridas en la cabeza). El trastorno del movimiento estereotipado sin autolesiones se caracteriza por movimientos voluntarios, repetitivos, estereotipados, aparentemente sin sentido (a menudo rítmicos) que surgen durante el período temprano del desarrollo, no son causados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o medicamento (incluida la abstinencia). Los comportamientos autoperjudiciales estereotipados pueden incluir cabezazos, palmadas en la cara, pincharse los ojos, y morderse las manos, los labios u otras partes del cuerpo.

6A06.Z Trastorno de movimiento estereotipado, sin especificación

6A0Y

Otros trastornos especificados del neurodesarrollo

6A0Z

Trastornos del neurodesarrollo, sin especificación

Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios (BlockL1-6A2)

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios se caracterizan por distorsiones significativas en el juicio de la realidad y por alteraciones en el comportamiento que se manifiestan a través de síntomas positivos como delirios y alucinaciones persistentes, pensamiento desorganizado (que suele manifestarse como lenguaje desorganizado), comportamiento gravemente desorganizado, y experiencias de pasividad y de control, y por síntomas negativos como afecto embotado o sin variación y abulia, y alteraciones psicomotoras. Los síntomas ocurren con suficiente frecuencia e intensidad para desviarse de lo esperado según las normas culturales y subculturales. Estos síntomas no se presentan como una característica de otro trastorno mental y del comportamiento (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, delirium o trastorno por consumo de sustancias). Las categorías en esta agrupación no deben utilizarse para clasificar la expresión de ideas, creencias o comportamientos que están sancionados culturalmente.

Codificado en otra parte: Trastornos psicóticos inducidos por sustancias

Síndrome secundario psicótico (6E61)

6A20

Esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por trastornos en múltiples modalidades mentales, incluido el pensamiento (por ejemplo, ideas delirantes, desorganización en la forma de pensamiento), la percepción (por ejemplo, alucinaciones), la experiencia personal (por ejemplo, la experiencia de que los sentimientos, impulsos, pensamientos o comportamientos propios están bajo el control de una fuerza externa), la cognición (por ejemplo, problemas de atención, memoria verbal y cognición social), la volición o voluntad (por ejemplo, pérdida de motivación), el afecto (por ejemplo, expresión emocional embotada) y el comportamiento (por ejemplo, comportamientos que parecen bizarros o sin propósito, y respuestas emocionales impredecibles o inapropiadas que interfieren con la organización del comportamiento). Pueden presentarse alteraciones psicomotoras, incluida la catatonia. Las ideas delirantes persistentes, las alucinaciones persistentes, los trastornos del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control se consideran síntomas centrales. Los síntomas deben haber persistido durante al menos un mes para que se pueda asignar un diagnóstico de esquizofrenia. Los síntomas no son una manifestación de otra afección de salud (por ejemplo, un tumor cerebral) y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (por ejemplo, corticosteroides), incluida la abstinencia (por ejemplo, la abstinencia de alcohol).

Exclusiones: Trastorno esquizotípico (6A22)
Trastorno psicótico agudo y transitorio (6A23)
reacción esquizofrénica

6A20.0 Esquizofrenia, primer episodio

El primer episodio de esquizofrenia se debe utilizar para identificar a las personas que experimentan síntomas que cumplen los requisitos de diagnóstico de la esquizofrenia (incluida la duración), pero que nunca antes han experimentado un episodio en el que se cumplan los requisitos de diagnóstico de la esquizofrenia.

6A20.00 Esquizofrenia, primer episodio, actualmente sintomática

Actualmente se cumplen todos los requisitos de la definición del primer episodio de esquizofrenia en términos de síntomas y duración, o se han cumplido en el último mes.

- 6A20.01** Esquizofrenia, primer episodio, en remisión parcial
Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición para el primer episodio de esquizofrenia en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que los requisitos de diagnóstico para el trastorno no se han cumplido durante al menos un mes, pero algunos de los síntomas clínicamente significativos permanecen, lo que pueden o no estar asociado con deterioro funcional. La remisión parcial puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A20.02** Esquizofrenia, primer episodio, en remisión completa
Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición del primer episodio de esquizofrenia en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que no persisten síntomas clínicamente significativos. La remisión puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A20.0Z** Esquizofrenia, primer episodio, sin especificación
- 6A20.1** **Esquizofrenia, episodios múltiples**
La esquizofrenia con episodios múltiples debe utilizarse para identificar a las personas que experimentan síntomas que cumplen los requisitos de diagnóstico para la esquizofrenia (incluida la duración) y que también han experimentado previamente episodios durante los cuales se cumplieron los requisitos de diagnóstico, con una remisión sustancial de los síntomas entre los episodios. Algunos síntomas atenuados pueden permanecer durante periodos de remisión y pueden haberse producido remisiones en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A20.10** Esquizofrenia, episodios múltiples, actualmente sintomática
Actualmente se cumplen o se han cumplido en el último mes todos los requisitos de la definición de la esquizofrenia con episodios múltiples en términos de síntomas y duración.
- 6A20.11** Esquizofrenia, episodios múltiples, en remisión parcial
Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición de esquizofrenia con episodios múltiples en términos de síntomas y la duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que los requisitos de diagnóstico para el trastorno no han estado presentes durante al menos un mes, pero algunos de los síntomas clínicamente significativos permanecen, lo que puede o no estar asociado con el deterioro funcional. La remisión parcial puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A20.12** Esquizofrenia, episodios múltiples, en remisión completa
Se cumplieron con anterioridad todos los requisitos de la definición de la esquizofrenia con episodios múltiples en términos de los síntomas y la duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que no persisten síntomas clínicamente significativos. La remisión puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A20.1Z** Esquizofrenia, episodios múltiples, sin especificación

- 6A20.2 Esquizofrenia continua**
Han estado presentes todos los síntomas y los requisitos de definición de la esquizofrenia durante casi todo el curso de la enfermedad por un período de al menos un año, con períodos muy breves de síntomas por debajo del umbral en relación con el curso general.
- 6A20.20** Esquizofrenia, continua, actualmente sintomática
Todos los requisitos de la definición para la esquizofrenia continua en términos de síntomas y duración se cumplen actualmente o se han cumplido en el último mes.
- 6A20.21** Esquizofrenia, continua, en remisión parcial
Todos los requisitos de la definición para la esquizofrenia continua en términos de síntomas y duración se cumplieron previamente. Los síntomas han mejorado de manera tal que los requisitos de diagnóstico para el trastorno no se han cumplido durante al menos un mes, pero algunos de los síntomas clínicamente significativos permanecen, lo que puede o no estar asociado con deterioro funcional. La remisión parcial puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A20.22** Esquizofrenia, continua, en remisión completa
Todos los requisitos de la definición para la esquizofrenia continua en términos de síntomas y duración se han cumplido previamente. Los síntomas han mejorado de manera tal que no hay síntomas clínicamente significativos. La remisión puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A20.2Z** Esquizofrenia continua, sin especificación
- 6A20.Y Otra esquizofrenia especificada**
- 6A20.Z Esquizofrenia, sin especificación**
- 6A21 Trastorno esquizoafectivo**
El trastorno esquizoafectivo es un trastorno episódico en el que los requisitos diagnósticos de esquizofrenia y un episodio depresivo maníaco, mixto, moderado o grave se cumplen dentro del mismo episodio de enfermedad, ya sea simultáneamente o con unos pocos días entre uno y otro. Los síntomas prominentes de esquizofrenia (por ej., delirios, alucinaciones, desorganización del proceso de pensamiento, experiencia de influencia, pasividad o control) son acompañados por los síntomas típicos de un episodio depresivo (por ejemplo, estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, energía reducida), un episodio maníaco (por ej., elevado estado de ánimo, aumento de la calidad y la velocidad de la actividad física y mental) o un episodio mixto. Pueden presentarse alteraciones psicomotoras, incluida la catatonia. Los síntomas deben haber persistido durante al menos un mes. Los síntomas no son una manifestación de otra afección de salud (por ejemplo, un tumor cerebral) y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central (por ej., corticosteroides), incluida la abstinencia (por ej., la abstinencia de alcohol).

- 6A21.0** **Trastorno esquizoafectivo, primer episodio**
El trastorno esquizoafectivo en su primer episodio se debe utilizar para identificar a las personas que experimentan síntomas que cumplen los requisitos diagnósticos para el trastorno esquizoafectivo (incluida la duración), pero que nunca antes hayan experimentado un episodio en el que se cumplan los requisitos diagnósticos para el trastorno esquizoafectivo o la esquizofrenia.
- 6A21.00** Trastorno esquizoafectivo, primer episodio, actualmente sintomático
Se cumplen actualmente todos los requisitos de la definición para el trastorno esquizoafectivo en su primer episodio en términos de síntomas y duración, o se han cumplido en el último mes.
- 6A21.01** Trastorno esquizoafectivo, primer episodio, en remisión parcial
Se cumplieron previamente los requisitos de la definición para el trastorno esquizoafectivo en su primer episodio en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que los requisitos de diagnóstico para el trastorno no se han cumplido durante al menos un mes, pero algunos de los síntomas clínicamente significativos permanecen, lo que puede o no estar asociado con deterioro funcional. La remisión parcial puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A21.02** Trastorno esquizoafectivo, primer episodio, en remisión completa
Se cumplieron previamente los requisitos de la definición para el trastorno esquizoafectivo en su primer episodio en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que no hay síntomas clínicamente significativos. La remisión puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A21.0Z** Trastorno esquizoafectivo, primer episodio, sin especificación
- 6A21.1** **Trastorno esquizoafectivo, episodios múltiples**
El trastorno esquizoafectivo con episodios múltiples debe utilizarse para identificar a individuos que han experimentado síntomas que cumplen los requisitos diagnósticos para el trastorno esquizoafectivo (incluida su duración), que han experimentado antes un episodio durante el cual se cumplieron los requisitos diagnósticos, con una remisión sustancial de los síntomas entre los episodios. Algunos síntomas atenuados pueden permanecer durante los períodos de remisión y la remisión puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A21.10** Trastorno esquizoafectivo, episodios múltiples, actualmente sintomático
Todos los requisitos de la definición para el trastorno esquizoafectivo con episodios múltiples en términos de los síntomas y la duración se cumplen actualmente o se han cumplido en el último mes.

- 6A21.11** Trastorno esquizoafectivo, episodios múltiples, en remisión parcial
Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición para el trastorno esquizoafectivo con episodios múltiples en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que los requisitos de diagnóstico para el trastorno no se han cumplido durante al menos un mes, pero algunos de los síntomas clínicamente significativos permanecen, lo que puede o no estar asociado con deterioro funcional. La remisión parcial puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A21.12** Trastorno esquizoafectivo, episodios múltiples, en remisión completa
Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición para el trastorno esquizoafectivo con múltiples episodios en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que no hay síntomas clínicamente significativos. La remisión puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A21.1Z** Trastorno esquizoafectivo, episodios múltiples, sin especificación
- 6A21.2** **Trastorno esquizoafectivo, continuo**
Los síntomas que cumplen todos los requisitos de definición del trastorno esquizoafectivo han estado presentes durante casi todo el curso de la enfermedad por un período de al menos un año, con períodos muy breves de síntomas por debajo del umbral en relación con el curso general.
- 6A21.20** Trastorno esquizoafectivo, continuo, actualmente sintomático
Todos los requisitos de la definición para el trastorno esquizoafectivo continuo en términos de los síntomas y la duración se cumplen actualmente o se han cumplido en el último mes.
- 6A21.21** Trastorno esquizoafectivo continuo, en remisión parcial
Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición para el trastorno esquizoafectivo continuo en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que los requisitos de diagnóstico para el trastorno no se han cumplido durante al menos un mes, pero algunos de los síntomas clínicamente significativos permanecen, lo que pueden o no estar asociado con deterioro funcional. La remisión parcial puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A21.22** Trastorno esquizoafectivo, continuo, en remisión completa
Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición para el trastorno esquizoafectivo continuo en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que no hay síntomas clínicamente significativos. La remisión puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A21.2Z** Trastorno esquizoafectivo, continuo, sin especificación
- 6A21.Y** **Otro trastorno esquizoafectivo especificado**
- 6A21.Z** **Trastorno esquizoafectivo, sin especificación**

6A22**Trastorno esquizotípico**

Se caracteriza por un patrón persistente (es decir, característico del funcionamiento de la persona durante un período de al menos varios años) de excentricidades en el comportamiento, el aspecto y el discurso, acompañadas por distorsiones cognitivas y perceptuales, creencias inusuales e incomodidad con las relaciones interpersonales (a menudo junto con una menor capacidad para abordar este tipo de relaciones). Los síntomas pueden incluir restricción o inadecuación afectiva y anhedonia (esquizotipia negativa). Pueden presentarse ideas paranoides, de referencia, u otros síntomas psicóticos, incluidas alucinaciones de cualquier modalidad (esquizotipia positiva), pero no son de suficiente intensidad o duración para cumplir con los criterios de diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante. Los síntomas causan un malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Inclusiones: Trastorno esquizotípico de la personalidad

Exclusiones: Trastorno del espectro autista (6A02)
Trastorno de personalidad (6D10)

6A23**Trastorno psicótico agudo y transitorio**

El trastorno psicótico agudo y transitorio se caracteriza por la aparición aguda de síntomas psicóticos que emergen sin un pródromo y alcanzan su máxima gravedad en dos semanas. Los síntomas pueden incluir delirios, alucinaciones, desorganización de los procesos de pensamiento, perplejidad o confusión, y trastornos del afecto y el estado de ánimo. Se pueden presentar alteraciones psicomotoras similares a la catatonía. Los síntomas generalmente cambian rápidamente, tanto en cuanto a su naturaleza como su intensidad, de un día a otro, o incluso en un solo día. La duración del episodio no excede los tres meses y, generalmente, dura desde unos pocos días hasta un mes. Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud (por ejemplo, un tumor cerebral) y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (por ejemplo, corticosteroides), incluida la abstinencia (por ejemplo, la abstinencia de alcohol).

6A23.0**Trastorno psicótico agudo y transitorio, primer episodio**

El primer episodio del trastorno psicótico agudo y transitorio, debe usarse para identificar a las personas que experimentan síntomas que cumplen con los requisitos diagnósticos para el trastorno psicótico agudo y transitorio, pero que nunca habían experimentado antes un episodio similar.

6A23.00

Trastorno psicótico agudo y transitorio, primer episodio, actualmente sintomático

Se cumplen actualmente todos los requisitos de la definición para el trastorno psicótico agudo y transitorio en su primer episodio en términos de síntomas y duración, o se han cumplido en el último mes.

- 6A23.01** Trastorno psicótico agudo y transitorio, primer episodio, en remisión parcial
Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición del trastorno psicótico agudo y transitorio en su primer episodio en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que los requisitos de diagnóstico para el trastorno no se han cumplido durante al menos un mes, pero algunos de los síntomas clínicamente significativos permanecen, lo que puede o no estar asociado con un deterioro funcional. La remisión parcial puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A23.02** Trastorno psicótico agudo y transitorio, primer episodio, en remisión completa
Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición del trastorno psicótico agudo y transitorio en su primer episodio en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que no hay síntomas clínicamente significativos. La remisión puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A23.0Z** Trastorno psicótico agudo y transitorio, primer episodio, sin especificación
- 6A23.1** **Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodios múltiples**
El trastorno psicótico agudo y transitorio con episodios múltiples, debe utilizarse para identificar a las personas que experimentan síntomas que cumplen los requisitos diagnósticos para el trastorno psicótico agudo y transitorio, y que han experimentado episodios similares en el pasado.
- 6A23.10** Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodios múltiples, actualmente sintomático
Todos los requisitos de la definición para trastorno psicótico agudo y transitorio con episodios múltiples se cumplen actualmente en términos de los síntomas y la duración, o se han cumplido en el último mes.
- 6A23.11** Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodios múltiples, en remisión parcial
Todos los requisitos de la definición para trastorno psicótico agudo y transitorio con episodios múltiples se cumplieron previamente en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que los requisitos de diagnóstico para el trastorno no se han cumplido durante al menos un mes, pero algunos de los síntomas clínicamente significativos permanecen, lo que puede o no estar asociado con un deterioro funcional. La remisión parcial puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A23.12** Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodios múltiples, en remisión completa
Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición para trastorno psicótico agudo y transitorio con episodios múltiples en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que no hay síntomas clínicamente significativos. La remisión puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.
- 6A23.1Z** Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodios múltiples, sin especificación
- 6A23.Y** **Otro trastorno psicótico agudo y transitorio especificado**
- 6A23.Z** **Trastorno psicótico agudo y transitorio, sin especificación**

6A24**Trastorno delirante**

El trastorno delirante se caracteriza por el desarrollo de un delirio o un conjunto de delirios relacionados que persisten durante al menos tres meses (generalmente mucho más tiempo), que se producen en ausencia de un episodio de estado de ánimo depresivo, maníaco o mixto. Otros síntomas característicos de la esquizofrenia (por ejemplo, alucinaciones auditivas persistentes, pensamiento desorganizado, síntomas negativos) no están presentes, aunque varias formas de trastornos perceptuales (por ejemplo, alucinaciones, ilusiones ópticas, identificación errónea de personas) temáticamente relacionadas con el delirio siguen siendo compatibles con el diagnóstico. Además de las acciones y actitudes directamente relacionadas con el delirio o el sistema delirante, el afecto, el habla y el comportamiento no suelen verse afectados. Los síntomas no son una manifestación de otro trastorno o enfermedad (por ejemplo, un tumor cerebral) y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (por ejemplo, corticosteroides), incluidos los efectos de la abstinencia (p. ej., abstinencia de alcohol).

6A24.0**Trastorno delirante, actualmente sintomático**

Todos los requisitos de la definición para el trastorno delirante en términos de síntomas y duración se cumplen actualmente o se han cumplido en el último mes.

6A24.1**Trastorno delirante, en remisión parcial**

Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición para el trastorno delirante en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que los requisitos de diagnóstico para el trastorno no se han cumplido durante al menos un mes, pero algunos de los síntomas clínicamente significativos permanecen, lo que puede o no estar asociado con un deterioro funcional. La remisión parcial puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.

6A24.2**Trastorno delirante, en remisión completa**

Se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición para el trastorno delirante en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que no hay síntomas clínicamente significativos. La remisión puede haber ocurrido en respuesta a la medicación u otro tratamiento.

6A24.Z**Trastorno delirante, sin especificación****6A25****Manifestaciones sintomáticas en los trastornos psicóticos primarios**

Estas categorías se pueden usar para caracterizar la presentación clínica actual en individuos diagnosticados con esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario, y no deben usarse en individuos sin tal diagnóstico. Se pueden aplicar múltiples categorías. No deben considerarse como ejemplos de los tipos respectivos de síntomas a aquellos síntomas atribuibles a las consecuencias fisiopatológicas directas de una afección o lesión (p. ej., tumor cerebral o lesión cerebral traumática), o a los efectos directos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de la abstinencia.

Nota sobre la codificación: Estas categorías no se deben usar nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para usarlos como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de estos síntomas en los trastornos psicóticos primarios.

6A25.0 Síntomas positivos en los trastornos psicóticos primarios

Los síntomas positivos en los trastornos psicóticos primarios incluyen delirios persistentes, alucinaciones persistentes (más comúnmente alucinaciones auditivas verbales), pensamiento desorganizado (trastorno de pensamiento formal como asociaciones vagas, descarrilamiento del pensamiento o incoherencia), comportamiento sumamente desorganizado (comportamiento que parece extraño, sin propósito y no dirigido a objetivos) y experiencias de pasividad y control (la experiencia de que los sentimientos, impulsos o pensamientos de uno están bajo el control de una fuerza externa). La calificación debe realizarse en función de la gravedad de los síntomas positivos durante la última semana.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6A25.1 Síntomas negativos en los trastornos psicóticos primarios

Los síntomas negativos en los trastornos psicóticos primarios incluyen afecto constreñido, embotado o sin grandes variaciones, alogia o escasez del habla, abulia (falta general de impulso o falta de motivación para perseguir objetivos significativos), asocialidad (ausencia o reducción del interés en la interacción social) y anhedonia (incapacidad para experimentar placer en actividades normalmente placenteras). Para ser considerados síntomas psicóticos negativos, los síntomas relevantes no deben poder atribuirse por completo al tratamiento con medicamentos antipsicóticos, un trastorno depresivo o un entorno poco estimulante, y no deben ser una consecuencia directa de un síntoma positivo (p. ej., delirios persecutorios que causan que una persona se aisle socialmente por miedo al daño). La calificación debe realizarse en función de la gravedad de los síntomas negativos durante la última semana.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6A25.2 Síntomas depresivos en los trastornos psicóticos primarios

Los síntomas depresivos en los trastornos psicóticos primarios se refieren al ánimo depresivo según lo remite el individuo (sentirse decaído, triste) o manifiesto en signos (por ejemplo, llanto fácil, aspecto oprimido). No debe utilizarse este descriptor si solo se presentan síntomas no anímicos de un episodio depresivo (por ejemplo, anhedonia, enlentecimiento psicomotriz). Este descriptor puede ser utilizado ya sea que los síntomas depresivos cubran o no los requisitos diagnósticos para un diagnóstico independiente de trastorno depresivo. La calificación debe realizarse en función de la gravedad de los síntomas de ánimo depresivo durante la última semana.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6A25.3 Síntomas maníacos en los trastornos psicóticos primarios

Los síntomas maníacos en los trastornos psicóticos primarios se refieren a estados de ánimo elevados, eufóricos, irritables o expansivos, que incluyen cambios rápidos entre los diferentes estados de ánimo (es decir, labilidad o inestabilidad del estado de ánimo) acompañados de un aumento de energía o actividad, cuando estos representan un cambio significativo respecto al estado de ánimo típico del individuo y su nivel de energía o actividad. Este descriptor puede usarse independientemente de que los síntomas maníacos cumplan con los requisitos de diagnóstico de un trastorno bipolar diagnosticado por separado. La calificación debe realizarse en función de la gravedad de los síntomas del estado de ánimo maníaco durante la última semana.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6A25.4 Síntomas psicomotores en los trastornos psicóticos primarios

Los síntomas psicomotores en los trastornos psicóticos primarios incluyen agitación psicomotora o actividad motora excesiva, que generalmente se manifiesta como comportamientos sin propósito como inquietud, cambios, inquietud, incapacidad para sentarse o pararse, retorcimiento de las manos, retraso psicomotor o una disminución generalizada visible de los movimientos y el habla, y los síntomas catatónicos como excitación, postura, flexibilidad cerosa, negativismo, mutismo o estupor. La calificación se debe realizar según la gravedad de los síntomas psicomotores durante la última semana.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6A25.5 Síntomas cognitivos en los trastornos psicóticos primarios

Los síntomas cognitivos en los trastornos psicóticos primarios se refieren al deterioro cognitivo en cualquiera de los siguientes dominios: velocidad de procesamiento, atención y concentración, orientación, juicio, abstracción, aprendizaje verbal o visual y memoria de trabajo. El deterioro cognitivo no es atribuible a un trastorno del desarrollo neurológico, delirium u otro trastorno neurocognitivo, ni a los efectos directos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de la abstinencia. Idealmente, el uso de esta categoría debe basarse en los resultados de evaluaciones neuropsicológicas estandarizadas y validadas localmente, aunque estas mediciones pueden no estar disponibles en todos los entornos. La calificación debe realizarse en función de la gravedad de los síntomas cognitivos durante la última semana.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastornos neurocognitivos (BlockL1-6D7)
Trastornos del neurodesarrollo (BlockL1-6A0)

6A2Y

Otra esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios especificados

6A2Z

Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios, sin especificación

Catatonía (BlockL1-6A4)

La catatonía es un marcado disturbio en el control voluntario de los movimientos, caracterizado por varios de los siguientes síntomas: actividad motora extremadamente lenta o ausente, mutismo, actividad motora sin propósito que no se relaciona con estímulos externos, asumir y mantener posturas rígidas, inusuales o bizarras, resistencia a las instrucciones o intentos de ser movido, o apego automático a instrucciones. La catatonía puede ser diagnosticada en el contexto de ciertos trastornos mentales, lo que incluye los trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia y trastornos del espectro autista. La catatonía también puede ser causada por trastornos o enfermedades clasificadas en otros apartados.

Nota sobre la codificación: Se puede utilizar un código adicional, si así lo desea, para cualquier enfermedad o trastorno asociado, de conocerse.

Exclusiones: Efectos adversos de fármacos, medicamentos u otras sustancias biológicas, no clasificados en otra parte (NE60)

Codificado en otra parte: Síndrome de catatonía secundaria (6E69)

6A40

Catatonía asociada con otro trastorno mental

La catatonía asociada con otro trastorno mental es un síndrome principalmente de trastornos psicomotores que se caracteriza por la aparición simultánea de varios síntomas, como estupor, catalepsia, flexibilidad cerosa, mutismo, negativismo, postura, manierismos, estereotipias, agitación psicomotora, muecas, ecolalia y ecopraxia. Los trastornos mentales asociados con la catatonía incluyen trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario, y trastornos del desarrollo neurológico, especialmente el trastorno del espectro autista.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6A41

Catatonía inducida por sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos

La catatonía inducida por sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos, es una disrupción marcada en el control voluntario de los movimientos que ocurre durante o poco después del consumo, la abstinencia o la intoxicación por una sustancia o medicación psicoactiva (como medicamentos antipsicóticos, anfetaminas, fenciclidina o PCP), caracterizada por varios de los siguientes síntomas, que se presentan de manera simultánea: estupor, catalepsia (asumir y mantener posturas rígidas, inusuales o bizarras), actividad motora extremadamente lenta o ausente, mutismo, actividad motora sin propósito que no se relaciona con estímulos externos, resistencia a las instrucciones o intentos de ser movido, o apego automático a instrucciones. La sustancia especificada, así como la cantidad consumida y la duración del consumo, deben poder explicar lo síntomas catatónicos.

6A4Z

Catatonía, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Trastornos del estado de ánimo (BlockL1-6A6)

Los trastornos del estado de ánimo se refieren a una agrupación superior de trastornos bipolares y depresivos. Los trastornos del estado de ánimo se definen de acuerdo con determinados tipos de episodios del estado de ánimo y su patrón en el tiempo. Los principales tipos de episodios de alteración del estado de ánimo son: episodio depresivo, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco. Los episodios del estado de ánimo no son entidades diagnosticables independientemente, por lo tanto, no tienen sus propios códigos diagnósticos. Por el contrario, los episodios de alteración del estado de ánimo constituyen los componentes principales de la mayoría de los trastornos depresivos y bipolares.

Codificado en otra parte: Trastornos del estado del ánimo inducidos por sustancias
Síndrome secundario del estado del ánimo (6E62)

Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados (BlockL2-6A6)

Los trastornos bipolares y otros trastornos relacionados son trastornos episódicos del estado de ánimo definidos por la presencia de episodios o síntomas maníacos, mixtos o hipomaniacos. Estos episodios generalmente se alternan a lo largo del curso de estos trastornos con episodios depresivos o períodos de síntomas depresivos.

6A60

Trastorno bipolar de tipo I

El trastorno bipolar de tipo I es un trastorno episódico del estado de ánimo que se define por la ocurrencia de uno o varios episodios maníacos o mixtos. Un episodio maníaco es un estado de ánimo extremo de una duración de al menos una semana (a menos que se reduzca por una intervención de tratamiento), caracterizado por euforia, irritabilidad, o expansividad y aumento de la actividad o la experiencia subjetiva de aumento de energía, acompañado por otros síntomas característicos como discurso rápido o sensación de presión interna por hablar más, fuga de ideas, aumento de autoestima o grandiosidad, necesidad disminuida de sueño, comportamiento impulsivo o imprudente, y cambios rápidos de estado de ánimo (es decir, labilidad emocional). Un episodio mixto se caracteriza por una mezcla o una rápida alternancia de síntomas maníacos y depresivos prominentes durante la mayor parte de los días por un período de al menos dos semanas. Aunque el diagnóstico pueda hacerse con base en la evidencia de un episodio maníaco o mixto, generalmente los episodios maníacos o mixtos se alternan con episodios depresivos durante el curso del trastorno.

Exclusiones: Trastorno bipolar de tipo II (6A61)
Ciclotimia

6A60.0**Trastorno bipolar de tipo I, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos**

El trastorno bipolar de tipo I con un episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo I, el episodio actual es maníaco, y no hay delirios o alucinaciones presentes durante el episodio. Un episodio maníaco es un estado de ánimo extremo de una duración de al menos una semana (a menos que se reduzca por una intervención de tratamiento), caracterizado por euforia, irritabilidad, o expansividad y aumento de la actividad o la experiencia subjetiva de aumento de energía, acompañado por otros síntomas característicos como discurso rápido o sensación de presión interna por hablar más, fuga de ideas, aumento de autoestima o grandiosidad, necesidad disminuida de sueño, comportamiento impulsivo o imprudente, y cambios rápidos de estado de ánimo (es decir, labilidad emocional).

6A60.1**Trastorno bipolar de tipo I, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos**

El trastorno bipolar de tipo I con un episodio actual maníaco con síntomas psicóticos se diagnostica cuando se han cumplido los requisitos de definición del trastorno bipolar de tipo I, el episodio actual es maníaco y hay ideas delirantes o alucinaciones presentes durante el episodio. Un episodio maníaco es un estado de ánimo extremo de una duración de al menos una semana (a menos que se reduzca por una intervención de tratamiento), caracterizado por euforia, irritabilidad, o expansividad y aumento de la actividad o la experiencia subjetiva de aumento de energía, acompañado por otros síntomas característicos como discurso rápido o sensación de presión interna por hablar más, fuga de ideas, aumento de autoestima o grandiosidad, necesidad disminuida de sueño, comportamiento impulsivo o imprudente, y cambios rápidos de estado de ánimo (es decir, labilidad emocional).

6A60.2**Trastorno bipolar de tipo I, episodio actual hipomaníaco**

El trastorno bipolar de tipo I con un episodio actual hipomaníaco se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo I y el episodio actual es hipomaníaco. Un episodio hipomaníaco es un estado de ánimo persistente que dura al menos varios días, caracterizado por una leve elevación del estado de ánimo o aumento de la irritabilidad y aumento de la actividad o una experiencia subjetiva de aumento de la energía, acompañado de otros síntomas característicos como habla rápida, pensamientos acelerados, incremento de la autoestima, aumento en el impulso sexual o la sociabilidad, disminución de la necesidad de dormir, distracción o comportamiento impulsivo o imprudente. Los síntomas no son lo suficientemente graves como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento ocupacional o en las actividades sociales habituales o relaciones con los demás, no requiere hospitalización y no hay delirios ni alucinaciones.

6A60.3 Trastorno bipolar de tipo I, episodio actual depresivo leve

El trastorno bipolar de tipo I con episodio actual depresivo leve se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo I y el episodio actual es depresivo en un nivel de gravedad leve. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo o disminución de interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza o pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo leve, ninguno de los síntomas están presentes en un grado intenso. Un individuo con un episodio depresivo leve generalmente tiene algún grado de dificultad, aunque no muy significativa, para continuar con el trabajo ordinario y las actividades sociales o domésticas, y no hay delirios ni alucinaciones.

6A60.4 Trastorno bipolar de tipo I, episodio actual depresivo moderado sin síntomas psicóticos

El trastorno bipolar de tipo I con un episodio depresivo moderado sin síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo I y el episodio actual es depresivo en un nivel de gravedad moderado, y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo o disminución de interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, o pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo moderado, generalmente están presentes varios síntomas de un episodio depresivo o un gran número de síntomas depresivos de menor gravedad. Un individuo con un episodio depresivo moderado generalmente tiene considerable dificultad para continuar con el trabajo o las actividades sociales o domésticas, pero es capaz de funcionar en al menos algunas áreas.

6A60.5 Trastorno bipolar de tipo I, episodio actual depresivo moderado con síntomas psicóticos

El trastorno bipolar de tipo I con un episodio actual depresivo moderado y con síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo I y el episodio actual es depresivo en un nivel de gravedad moderado, y hay delirios o alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo o disminución de interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, o pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo moderado, varios síntomas de un episodio depresivo están presentes a un grado considerable o un gran número de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes en general. Un individuo con un episodio depresivo moderado generalmente tiene considerable dificultad para continuar con el trabajo y las actividades sociales o domésticas, pero es capaz de funcionar en al menos algunas áreas.

6A60.6 Trastorno bipolar de tipo I, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos

El trastorno bipolar de tipo I con un episodio actual depresivo grave pero sin síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo I y el episodio actual es grave y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi a diario o un menor interés en actividades que dura al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor, y reducción de la energía o la fatiga. En un episodio depresivo grave, muchos o la mayor parte de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o un número menor de síntomas están presentes y se manifiestan en un grado intenso, y el individuo no puede funcionar en lo personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes, excepto en un grado muy limitado.

6A60.7 Trastorno bipolar de tipo I, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos

El trastorno bipolar de tipo I con un episodio actual depresivo grave y con síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo I y el episodio actual es grave y existen delirios o alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi a diario o un menor interés en actividades que dura al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor, y reducción de la energía o la fatiga. En un episodio depresivo grave, muchos o la mayor parte de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o un número menor de síntomas están presentes y se manifiestan en un grado intenso y el individuo no puede funcionar en lo personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes, excepto en un grado muy limitado.

6A60.8 Trastorno bipolar de tipo I, episodio depresivo actual, gravedad no especificada

El trastorno bipolar de tipo I con un episodio actual depresivo cuya gravedad no se especifica se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo I y el episodio actual es depresivo, pero no hay información suficiente para determinar la gravedad del episodio depresivo actual. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi a diario o un menor interés en actividades que dura al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor y disminución de la energía o la fatiga. Los síntomas están asociados con al menos cierta dificultad para continuar con el trabajo ordinario y las actividades sociales o domésticas.

- 6A60.9 Trastorno bipolar de tipo I, episodio actual mixto sin síntomas psicóticos**
El trastorno bipolar de tipo I con un episodio actual mixto sin síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo I y el episodio actual es mixto y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio. Un episodio mixto se caracteriza por una mezcla o una alternancia rápida entre síntomas prominentes maníacos y depresivos durante la mayor parte de los días por un período de al menos una semana.
- 6A60.A Trastorno bipolar de tipo I, episodio actual mixto con síntomas psicóticos**
El trastorno bipolar de tipo I con un episodio actual mixto y con síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo I y el episodio actual es mixto y hay delirios o alucinaciones presentes durante el episodio. Un episodio mixto se caracteriza por una mezcla o una alternancia rápida entre síntomas prominentes maníacos y depresivos durante la mayor parte de los días por un período de al menos una semana.
- 6A60.B Trastorno bipolar de tipo I actualmente en remisión parcial con episodio más reciente maníaco o hipomaníaco**
El trastorno bipolar de tipo I que está actualmente en remisión parcial y presenta un episodio más reciente maníaco o hipomaníaco se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno bipolar de tipo I y el episodio más reciente fue maníaco o hipomaníaco. Los requisitos de definición completos para un episodio maníaco o hipomaníaco ya no se cumplen, pero quedan algunos síntomas significativos del estado de ánimo. En algunos casos, los síntomas del estado de ánimo residual pueden ser depresivos en lugar de maníacos o hipomaníacos, pero no satisfacen los requisitos de definición para un episodio depresivo.
- 6A60.C Trastorno bipolar de tipo I, actualmente en remisión parcial, con episodio depresivo más reciente**
El trastorno bipolar de tipo I, actualmente en remisión parcial con episodio más reciente depresivo se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno bipolar de tipo I y el episodio más reciente fue depresivo. Ya no se cumplen todos los requisitos por definición para el episodio, pero algunos síntomas depresivos permanecen.
- 6A60.D Trastorno bipolar de tipo I, actualmente en remisión parcial con episodio más reciente mixto**
El trastorno bipolar de tipo I, actualmente en remisión parcial con episodio más reciente mixto, se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno bipolar de tipo I y el episodio más reciente fue mixto. Ya no se cumplen todos los requisitos de definición para el episodio, pero algunos síntomas del estado de ánimo permanecen.
- 6A60.E Trastorno bipolar de tipo I, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente no especificado**
El trastorno bipolar de tipo I, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente no especificado, se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo II pero no hay información suficiente para determinar la naturaleza del episodio de estado de ánimo más reciente. Los requisitos de definición completos para un episodio del estado de ánimo ya no se cumplen, pero persisten algunos síntomas significativos del estado de ánimo.

6A60.F

Trastorno bipolar de tipo I, actualmente en remisión total

El trastorno bipolar de tipo I que actualmente está en remisión total se diagnostica cuando se cumplieron los requisitos de definición del trastorno bipolar de tipo I en el pasado, pero ya no hay síntomas del estado de ánimo significativos.

6A60.Y

Otro trastorno bipolar de tipo I especificado

6A60.Z

Trastorno bipolar de tipo I, sin especificación

6A61

Trastorno bipolar de tipo II

El trastorno bipolar de tipo II es un trastorno episódico del estado de ánimo que se define por la ocurrencia de uno o varios episodios maníacos y al menos un episodio depresivo. Un episodio hipomaníaco es un estado de ánimo persistente durante al menos varios días, caracterizado por euforia, irritabilidad o expansividad y la activación psicomotriz o incremento de energía, acompañado por otros síntomas característicos como grandiosidad, necesidad disminuida de sueño, discurso rápido, fuga de ideas, distracción, y comportamiento impulsivo o imprudente que dura al menos varios días. Los síntomas representan un cambio del comportamiento típico del individuo y no son lo suficientemente graves para causar un deterioro marcado en el funcionamiento. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo deprimido casi diario o disminución de interés en las actividades que dura al menos dos semanas, acompañado por otros síntomas como cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, sentimientos de desesperanza, dificultad para concentrarse y tendencias suicidas. No hay una historia de episodios maníacos o mixtos.

6A61.0

Trastorno bipolar de tipo II, episodio actual hipomaníaco

El trastorno bipolar de tipo II con un episodio actual hipomaníaco se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno bipolar de tipo II y el episodio actual es hipomaníaco. Un episodio hipomaníaco es un estado persistente de ánimo durante al menos varios días caracterizado por euforia, irritabilidad o expansividad, y activación psicomotriz o incremento de energía, acompañado por otros síntomas característicos como grandiosidad, necesidad disminuida de sueño, discurso rápido, fuga de ideas, distracción, y comportamiento impulsivo o imprudente. Los síntomas no son lo suficientemente graves para causar deterioro en el funcionamiento ocupacional o en actividades sociales habituales o relaciones con otros, no requiere hospitalización, y no se acompaña de delirios ni alucinaciones

6A61.1 Trastorno bipolar de tipo II, episodio actual depresivo leve

El trastorno bipolar de tipo II con un episodio actual depresivo leve se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno bipolar de tipo II y el episodio actual es depresivo en un nivel de gravedad leve. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo o disminución de interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, o pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo leve, ninguno de los síntomas está presente en un grado intenso. Un individuo con un episodio depresivo leve generalmente tiene algún grado de dificultad, aunque no muy significativa, para continuar con el trabajo ordinario y actividades sociales o domésticas, y no hay delirios ni alucinaciones.

6A61.2 Trastorno bipolar de tipo II, episodio actual depresivo moderado sin síntomas psicóticos

El trastorno bipolar de tipo II con un episodio depresivo moderado pero sin síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo II y el episodio actual es depresivo en un nivel de gravedad moderado, y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo o disminución de interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo moderado, varios síntomas de un episodio depresivo están presentes a un grado considerable o un gran número de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes en general. Un individuo con un episodio depresivo moderado generalmente tiene considerable dificultad para continuar con el trabajo y las actividades sociales o domésticas, pero es capaz de funcionar en al menos algunas áreas.

6A61.3 Trastorno bipolar de tipo II, episodio actual depresivo moderado con síntomas psicóticos

El trastorno bipolar de tipo II con un episodio actual depresivo moderado y con síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo II, el episodio actual es depresivo en un nivel de gravedad moderado y hay delirios o alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo o una disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo moderado, varios síntomas de un episodio depresivo están presentes a un grado considerable o un gran número de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes en general. Un individuo con un episodio depresivo moderado generalmente tiene considerable dificultad para continuar con el trabajo y las actividades sociales o domésticas, pero es capaz de funcionar en al menos algunas áreas.

6A61.4 Trastorno bipolar de tipo II, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos

El trastorno bipolar de tipo II con un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo II y el episodio depresivo actual es grave y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo o disminución de interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo grave, muchos o la mayor parte de los síntomas de un episodio depresivo están presentes de manera marcada, o un menor número de síntomas están presentes y se manifiestan a un grado de intensidad que el individuo es incapaz de funcionar a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes, excepto en un grado muy limitado.

6A61.5 Trastorno bipolar de tipo II, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos

El trastorno bipolar de tipo II con un episodio actual depresivo grave y con síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo II, el episodio actual es grave y existen delirios o alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo o un menor interés en actividades que dura al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor, y reducción de la energía o la fatiga. En un episodio depresivo grave, muchos o la mayor parte de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o un número menor de síntomas están presentes y se manifiestan en un grado intenso y el individuo no puede funcionar a nivel personal, familiar, social, educativo u ocupacional, o en otras áreas importantes, excepto en un grado muy limitado.

6A61.6 Trastorno bipolar de tipo II, episodio actual depresivo, gravedad no especificada

El trastorno bipolar de tipo II con un episodio actual depresivo cuya gravedad no se especifica se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo II y el episodio actual es depresivo, pero no hay información suficiente para determinar la gravedad del episodio depresivo actual. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi a diario o un menor interés en actividades que dura al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor, y reducción de la energía o fatiga. Los síntomas están asociados con al menos alguna dificultad para continuar con el trabajo ordinario y las actividades sociales o domésticas.

6A61.7 Trastorno bipolar de tipo II, actualmente en remisión parcial con episodio más reciente hipomaniáco

El trastorno bipolar de tipo II, actualmente en remisión parcial y con un episodio más reciente hipomaniáco, se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo II y el episodio más reciente fue un episodio hipomaniáco. Ya no se cumplen los requisitos de definición completos para un episodio hipomaniáco, pero persisten algunos síntomas significativos del estado de ánimo. En algunos casos, los síntomas del estado de ánimo residual pueden ser depresivos en lugar de hipomaniácos, pero no satisfacen los requisitos de definición para un episodio depresivo.

6A61.8 Trastorno bipolar de tipo II, actualmente en remisión parcial con episodio más reciente depresivo

El trastorno bipolar de tipo II, actualmente en remisión parcial y con episodio más reciente depresivo, se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno bipolar de tipo II y el episodio más reciente fue depresivo. Ya no se cumplen todos los requisitos por definición para el episodio, pero algunos síntomas depresivos permanecen.

6A61.9 Trastorno bipolar de tipo II, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente no especificado

El trastorno bipolar de tipo II, actualmente en remisión parcial, con un episodio más reciente no especificado se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno bipolar de tipo II, pero no hay información suficiente para determinar la naturaleza del episodio de estado de ánimo más reciente. Los requisitos de definición completos para un episodio del estado de ánimo ya no se cumplen, pero persisten algunos síntomas significativos del estado de ánimo.

6A61.A Trastorno bipolar de tipo II, actualmente en remisión completa

Trastorno bipolar de tipo II, actualmente en remisión completa, se diagnostica cuando se han cumplido los requisitos de definición de trastorno bipolar de tipo II, pero ya no hay ningún síntoma significativo del estado de ánimo.

6A61.Y Otro trastorno bipolar de tipo II especificado

6A61.Z Trastorno bipolar de tipo II, sin especificación

6A62**Trastorno ciclotímico**

El trastorno ciclotímico se caracteriza por una inestabilidad persistente del estado de ánimo durante al menos dos años, que implica numerosos períodos hipomaníacos (por ejemplo, euforia, irritabilidad, o expansividad, activación psicomotora) y síntomas depresivos (por ejemplo, sentirse decaído, disminución de interés en actividades, fatiga) que están presentes durante más tiempo del que no. La sintomatología hipomaníaca puede o no ser lo suficientemente grave o prolongada para cumplir todos los requisitos de definición de un episodio hipomaníaco (véase el trastorno bipolar de tipo II), pero no hay antecedentes de episodios maníacos o mixtos (véase el trastorno bipolar de tipo I). La sintomatología depresiva nunca ha sido lo suficientemente grave o prolongada para cumplir los requisitos de definición para un episodio depresivo (véase el trastorno bipolar de tipo II). Los síntomas ocasionan malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Inclusiones: personalidad cicloide
personalidad ciclotímica

6A6Y**Otros trastornos bipolares o trastornos relacionados especificados****6A6Z****Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados, sin especificación****Trastornos depresivos (BlockL2-6A7)**

Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo depresivo (por ejemplo, tristeza, irritación, sensación de vacío) o pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar. Un trastorno depresivo no debe diagnosticarse en individuos que han experimentado un episodio maniaco mixto o hipomaníaco, que indicaría la presencia de un trastorno bipolar.

Codificado en otra parte: Trastorno disfórico premenstrual (GA34.41)

6A70**Trastorno depresivo, episodio único**

El trastorno depresivo con un episodio único se caracteriza por la presencia o antecedentes de un episodio depresivo cuando no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores. Un episodio depresivo mayor se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi a diario o disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y energía reducida o fatiga. Nunca ha habido ningún episodio anterior de manía o hipomanía, o episodios mixtos, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar.

Exclusiones: Trastorno de adaptación (6B43)
Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados
(BlockL2-6A6)
Trastorno depresivo recurrente

6A70.0 Trastorno depresivo, episodio único leve

Un trastorno depresivo con un episodio único leve se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo y el episodio es de nivel de gravedad leve. Ninguno de los síntomas del episodio depresivo debe estar presente a un nivel intenso. Un individuo con un episodio depresivo leve normalmente tiene algún grado de dificultad, aunque no considerable, para continuar con el trabajo ordinario o las actividades sociales o domésticas, y no hay delirios ni alucinaciones.

6A70.1 Trastorno depresivo, episodio único moderado sin síntomas psicóticos

El trastorno depresivo con un episodio único moderado sin síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo, no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores, el episodio es de un nivel de gravedad moderado, y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo deprimido casi diariamente o disminución del interés en actividades que dura al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo moderado, varios síntomas de un episodio depresivo están presentes a un grado considerable o un gran número de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes en general. Un individuo con un episodio depresivo moderado generalmente tiene considerable dificultad para continuar con el trabajo ordinario y las actividades sociales o domésticas, pero es capaz de funcionar en al menos algunas áreas.

6A70.2 Trastorno depresivo, episodio único moderado con síntomas psicóticos

El trastorno depresivo con un episodio único moderado y con síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo, no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores, el episodio es de nivel de gravedad moderado, y hay delirios o alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo deprimido casi diariamente o disminución del interés en actividades que dura al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo moderado, varios síntomas de un episodio depresivo están presentes a un grado considerable o un gran número de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes en general. Un individuo con un episodio depresivo moderado generalmente tiene considerable dificultad para continuar con el trabajo ordinario y las actividades sociales o domésticas, pero es capaz de funcionar al menos en algunas áreas.

6A70.3**Trastorno depresivo, episodio único grave sin síntomas psicóticos**

El trastorno depresivo con un episodio único grave y sin síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo, no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores, el episodio es grave y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi diariamente o disminución del interés en las actividades de una duración mínima de dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo grave, muchos síntomas están presentes a un grado considerable o un gran número de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes, y el individuo es incapaz de funcionar en lo personal, familiar, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes, excepto en un grado muy limitado.

Inclusiones: Depresión agitada, episodio único sin síntomas psicóticos
Depresión mayor, episodio único sin síntomas psicóticos
Depresión vital con episodio único sin síntomas psicóticos

6A70.4**Trastorno depresivo, episodio único grave con síntomas psicóticos**

El trastorno depresivo con un episodio único grave y con síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno depresivo con un episodio único, el episodio actual es grave y existen delirios o alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi a diario o un menor interés en actividades que dura al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor, y reducción de la energía o la fatiga. En un episodio depresivo grave, muchos síntomas o la mayor parte de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o un número menor de síntomas están presentes y se manifiestan en un grado intenso, y el individuo es incapaz de funcionar en lo personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otros dominios importantes, excepto en un grado muy limitado.

6A70.5**Trastorno depresivo, episodio único de gravedad no especificada**

El trastorno depresivo con un episodio único de gravedad no especificada se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo, no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores y no hay información suficiente para determinar la gravedad del episodio depresivo actual. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi a diario o un menor interés en actividades que dura al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor, y reducción de la energía o fatiga. Los síntomas están asociados con al menos alguna dificultad para continuar con el trabajo ordinario y las actividades sociales o domésticas.

6A70.6 Trastorno depresivo, episodio único, actualmente en remisión parcial

El trastorno depresivo con un episodio único y actualmente en remisión parcial se diagnostica cuando se cumplen todos los requisitos de definición de un episodio depresivo y no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores. Ya no se cumplen todos los requisitos de definición de un episodio depresivo, pero permanecen algunos síntomas del estado de ánimo.

6A70.7 Trastorno depresivo, episodio único, actualmente en remisión total

El trastorno depresivo con un episodio único y actualmente en remisión total se diagnostica cuando se cumplen todos los requisitos de definición de un episodio depresivo y ya no hay síntomas significativos del estado de ánimo. No hay antecedentes de episodios depresivos anteriores al episodio bajo consideración.

6A70.Y Otro trastorno depresivo, episodio único, especificado

6A70.Z Trastorno depresivo, episodio único, sin especificación

6A71

Trastorno depresivo recurrente

El trastorno depresivo recurrente se caracteriza por antecedentes de al menos dos episodios depresivos separados por un mínimo de varios meses sin perturbación significativa del estado de ánimo. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo casi a diario deprimido o disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y energía reducida o fatiga. Nunca ha habido ningún episodio anterior de manía o hipomanía, o un episodio mixto, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar.

Inclusiones: Trastorno depresivo estacional

Exclusiones: Trastorno de adaptación (6B43)

Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados
(BlockL2-6A6)

Trastorno depresivo, episodio único (6A70)

6A71.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

El trastorno depresivo recurrente con un episodio actual leve se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de trastorno depresivo recurrente y actualmente hay un episodio depresivo de un nivel de intensidad leve. Un episodio depresivo se caracteriza por un período del estado de ánimo reducido casi diariamente o disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. Un individuo con un episodio depresivo leve normalmente tiene algún grado de dificultad, aunque no considerable, para continuar con el trabajo ordinario y las actividades sociales o domésticas, y no hay delirios ni alucinaciones.

6A71.1**Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado sin síntomas psicóticos**

El trastorno depresivo recurrente con un episodio actual moderado y sin síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno depresivo recurrente y actualmente hay un episodio depresivo de un nivel de gravedad moderado, pero no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período del estado de ánimo reducido casi diariamente o disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo moderado, varios síntomas de un episodio depresivo están presentes a un grado considerable o un gran número de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes en general. Un individuo con un episodio depresivo moderado generalmente tiene considerable dificultad para continuar con el trabajo y las actividades sociales o domésticas, pero es capaz de funcionar al menos en algunas áreas.

6A71.2**Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con síntomas psicóticos**

El trastorno depresivo recurrente con un episodio actual moderado y con síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno depresivo recurrente y actualmente hay un episodio depresivo de un nivel de gravedad moderado, con delirios o alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período del estado de ánimo reducido casi diariamente o disminución de interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. En un episodio depresivo moderado, varios síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado considerable o un gran número de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes en general. Un individuo con un episodio depresivo moderado generalmente tiene considerable dificultad para continuar con el trabajo y las actividades sociales o domésticas, pero es capaz de funcionar al menos en algunas áreas.

6A71.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, sin síntomas psicóticos

El trastorno depresivo recurrente con un episodio actual grave, pero sin síntomas psicóticos, se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno depresivo recurrente y el episodio actual es grave y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período del estado de ánimo depresivo casi a diario o un menor interés en actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor, y reducción de la energía o fatiga. En un episodio depresivo grave, muchos o la mayoría de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o un número menor de síntomas están presentes y se manifiestan en un grado intenso, y el individuo no puede funcionar en lo personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes, excepto en un grado muy limitado.

Inclusiones:

- Depresión endógena sin síntomas psicóticos
- Depresión mayor recurrente sin síntomas psicóticos
- Depresión vital recurrente y sin síntomas psicóticos
- Psicosis maníacodepresiva, tipo depresivo sin síntomas psicóticos

6A71.4 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

El trastorno depresivo recurrente con un episodio actual grave y con síntomas psicóticos se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno depresivo recurrente y el episodio actual es grave y hay delirios o alucinaciones durante el episodio. Un episodio depresivo se caracteriza por un período del estado de ánimo depresivo casi a diario o un menor interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor, y reducción de la energía o fatiga. En un episodio depresivo grave, muchos o la mayor parte de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o un número menor de síntomas están presentes y se manifiestan en un grado intenso y el individuo no puede funcionar en el dominio personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes, excepto en un grado muy limitado.

Inclusiones:

- Depresión endógena con síntomas psicóticos
- Psicosis maníacodepresiva, tipo depresivo con síntomas psicóticos

6A71.5 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual, gravedad no especificada
El trastorno depresivo recurrente con un episodio actual de gravedad no especificada se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo y hay antecedentes de episodios depresivos anteriores, pero no hay información suficiente para determinar la gravedad del episodio depresivo actual. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi a diario o un menor interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor, y reducción de la energía o fatiga. Los síntomas están asociados con al menos alguna dificultad para continuar con el trabajo ordinario y las actividades sociales o domésticas.

6A71.6 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión parcial
El trastorno depresivo recurrente que está actualmente en remisión parcial se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno depresivo recurrente; los requisitos de definición completos de un episodio depresivo ya no se cumplen, pero se mantienen algunos síntomas del estado de ánimo.

6A71.7 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión completa
El trastorno depresivo recurrente que está actualmente en remisión total se diagnostica cuando se cumplen todos los requisitos de definición de un episodio depresivo y ya no hay síntomas significativos del estado de ánimo.

6A71.Y Otro trastorno depresivo recurrente especificado

6A71.Z Trastorno depresivo recurrente, sin especificación

6A72

Trastorno distímico

El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente (es decir, que dura dos años o más), durante la mayor parte del día, durante más días que no. En niños y adolescentes, el estado de ánimo depresivo puede manifestarse como una irritabilidad generalizada. El estado de ánimo depresivo se acompaña de otros síntomas como interés o placer notablemente disminuidos en las actividades, concentración y atención reducidas o indecisión, autoestima baja o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza sobre el futuro, sueño perturbado o aumento del sueño, disminución o aumento del apetito, y energía baja o fatiga. Durante los primeros dos años del trastorno, nunca ha habido un período de dos semanas durante el cual el número y la duración de los síntomas fueran suficientes para cumplir con los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo. No hay antecedentes de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

Inclusiones: distimia

Exclusiones: Depresión y ansiedad (leve o no persistente)

6A73**Trastorno mixto de ansiedad y depresión**

El trastorno mixto de ansiedad y depresión se caracteriza por síntomas de ansiedad y depresión la mayor parte de los días durante un periodo de dos semanas o más. Ningún conjunto de síntomas, considerados por separado, es lo suficientemente grave, numeroso o persistente para justificar el diagnóstico de un trastorno de episodio depresivo, distimia o relacionado con ansiedad y miedo. El estado de ánimo depresivo o el interés disminuido en las actividades debe estar presente, acompañado por síntomas depresivos adicionales así como síntomas múltiples de ansiedad. Los síntomas causan una angustia significativa o un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. Nunca ha habido ningún episodio anterior de tipo maníaco, hipomaníaco, o mixto, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar.

6A7Y**Otros trastornos depresivos especificados****6A7Z****Trastornos depresivos, sin especificación****6A80****Presentaciones sintomáticas y de curso para episodios del estado de ánimo en trastornos del estado de ánimo**

Estas categorías se pueden aplicar para describir la presentación y las características de los episodios del estado anímico en el contexto del trastorno depresivo de un solo episodio, el trastorno depresivo recurrente, el trastorno bipolar de tipo I o el trastorno bipolar de tipo II. Estas categorías indican la presencia de características específicas e importantes de la presentación clínica o del curso, el inicio y el patrón de los episodios del estado de ánimo. Estas categorías no son mutuamente excluyentes, y se pueden agregar tantas como correspondan.

Nota sobre la codificación: Estas categorías nunca deben usarse en la codificación primaria. Los códigos se proporcionan para su uso como códigos adicionales o adicionales cuando se desee para identificar características específicas clínicamente importantes de los episodios del estado de ánimo en los trastornos del estado de ánimo.

Codificado en otra parte: Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos (6E20)

Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, con síntomas psicóticos (6E21)

6A80.0**Síntomas prominentes de ansiedad en episodios del estado de ánimo**

En el contexto de un episodio actual depresivo, maníaco, mixto o hipomaníaco, los síntomas prominentes de ansiedad y clínicamente significativos (p. ej., sentirse nervioso, ansioso o angustiado, no poder controlar los pensamientos preocupantes, temer que ocurra algo terrible, tener problemas para relajarse, tensión motora, síntomas autonómicos) han estado presentes durante la mayor parte del tiempo durante las últimas dos semanas. Si ha habido ataques de pánico durante un episodio depresivo o mixto actual, estos deben registrarse por separado.

Cuando se cumplen los requisitos de diagnóstico tanto para un trastorno del estado de ánimo como para un trastorno de ansiedad o relacionado con el miedo, también se lo debe diagnosticar.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6A80.1**Ataques de pánico en episodios de alteración del estado de ánimo**

En el contexto de un episodio actual de alteración del estado de ánimo (maníaco, depresivo, mixto o hipomaníaco), se han producido ataques de pánico recurrentes (es decir, al menos dos) durante el último mes que ocurren específicamente en respuesta a cogniciones que provocan ansiedad y que son características del episodio del estado de ánimo. Si los ataques de pánico ocurren exclusivamente en respuesta a tales pensamientos, los ataques de pánico deben registrarse utilizando este calificador en lugar de asignar un diagnóstico coexistente adicional de trastorno de pánico.

Si algunos ataques de pánico en el curso del episodio depresivo o mixto han sido inesperados y no exclusivamente en respuesta a pensamientos depresivos o que provocan ansiedad, se debe asignar un diagnóstico separado de trastorno de pánico.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de pánico (6B01)

6A80.2**Episodio depresivo actual persistente**

Los requisitos de diagnóstico para un episodio depresivo se cumplen actualmente y se han cumplido de forma continua durante al menos los últimos dos años.

6A80.3**Episodio depresivo actual con melancolía**

En el contexto de un episodio depresivo actual, varios de los siguientes síntomas han estado presentes durante el peor período del mes pasado: pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades que normalmente son agradables para el individuo (es decir, anhedonia generalizada); falta de reactividad emocional ante estímulos o circunstancias normalmente placenteros (es decir, el estado de ánimo no mejora ni siquiera de forma transitoria con la exposición); insomnio terminal (es decir, despertarse en la mañana dos horas o más antes de la hora habitual); síntomas depresivos peores en la mañana; marcado retraso psicomotor o agitación; pérdida marcada del apetito o pérdida de peso.

6A80.4**Patrón estacional de inicio del episodio de alteración del estado del ánimo**

En el contexto de un trastorno depresivo recurrente, un trastorno bipolar de tipo I o uno de tipo II, ha habido un patrón estacional regular de inicio y remisión de al menos un tipo de episodio (es decir, episodios depresivos, maníacos, mixtos o hipomaníacos), con una mayoría sustancial de los episodios de estado de ánimo relevantes correspondientes al patrón estacional. (En el trastorno bipolar de tipo I y de tipo II, es posible que todos los tipos de episodios del estado de ánimo no sigan este patrón). Un patrón estacional debe diferenciarse de un episodio que coincida con una estación en particular, pero que esté predominantemente relacionado con un factor estresante psicológico que ocurre regularmente esa época del año (por ejemplo, desempleo estacional).

6A80.5 Ciclos rápidos

En el contexto del trastorno bipolar de tipo I o de tipo II, ha habido una alta frecuencia de episodios del estado de ánimo (al menos cuatro) en los últimos 12 meses. Puede haber un cambio de una polaridad de estado de ánimo a otro, o los episodios de estado de ánimo pueden estar demarcados por un período de remisión. En individuos con una frecuencia alta de episodios del estado de ánimo, algunos pueden tener una duración más corta que los observados habitualmente en el trastorno bipolar de tipo I o de tipo II. En particular, los períodos depresivos solo pueden durar varios días. Si los síntomas depresivos y maníacos se alternan muy rápidamente (es decir, de un día a otro o en el mismo día), debe diagnosticarse un episodio mixto en lugar de una ciclación rápida.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6A8Y**Otros trastornos del estado de ánimo especificados****6A8Z****Trastornos del estado de ánimo, sin especificación****Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo (BlockL1-6B0)**

Los trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo se caracterizan por miedo y ansiedad excesivos y problemas de comportamiento relacionados, con síntomas que son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativos en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo u otras áreas importantes. El miedo y la ansiedad son fenómenos estrechamente relacionados; el miedo representa una reacción a la amenaza inminente percibida en el presente, mientras que la ansiedad está más orientada hacia el futuro, refiriéndose a la amenaza anticipada percibida. Una característica clave de diferenciación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con el miedo son los focos de aprehensión específicos del trastorno, es decir, el estímulo o la situación que desencadena el miedo o la ansiedad. La presentación clínica de la ansiedad y los trastornos relacionados con el miedo generalmente incluye cogniciones asociadas específicas que pueden ayudar a diferenciar entre los trastornos al aclarar el enfoque de la aprehensión.

Codificado en otra parte: Trastornos de ansiedad inducidos por sustancias

Hipocondría (6B23)

Síndrome secundario de ansiedad (6E63)

6B00**Trastorno de ansiedad generalizada**

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por síntomas marcados de ansiedad que persisten durante al menos varios meses, durante más días que los que no se manifiestan, ya sea por aprehensión general (es decir, "ansiedad de flotación libre") o preocupación excesiva centrada en múltiples eventos cotidianos, con mayor frecuencia relacionados con la familia, la salud, las finanzas, y la escuela o el trabajo, junto con síntomas adicionales como tensión muscular o inquietud motora, actividad simpática autónoma, experiencia subjetiva de nerviosismo, dificultad para mantener la concentración, irritabilidad o trastornos del sueño. Los síntomas causan una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central.

6B01**Trastorno de pánico**

El trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico inesperados y recurrentes que no se limitan a estímulos o situaciones particulares. Los ataques de pánico son episodios diferenciados de miedo intenso o aprehensión, acompañados por la aparición rápida y simultánea de varios síntomas característicos (por ejemplo, palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores, falta de aliento, dolor en el pecho, mareos o sensación de mareo, escalofríos, sofocos, miedo a la muerte inminente). Además, el trastorno de pánico se caracteriza por una preocupación persistente por la recurrencia o la importancia de los ataques de pánico, o comportamientos destinados a evitar su repetición, que se traduce en un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud y no se deben a los efectos de una sustancia o medicación en el sistema nervioso central.

Exclusiones: Crisis de ansiedad (MB23.H)

6B02**Agorafobia**

La agorafobia se caracteriza por miedo o ansiedad marcados o excesivos que se producen en respuesta a múltiples situaciones en donde escapar podría ser difícil o podría no haber ayuda disponible, como usar transporte público, estar en multitudes, estar fuera de casa solo (por ejemplo, en tiendas, teatros, formado en fila). El individuo está constantemente preocupado por estas situaciones debido al temor de resultados negativos específicos (por ejemplo, ataques de pánico, otros síntomas físicos incapacitantes o embarazosos). Las situaciones se evitan activamente, se experimentan solamente bajo circunstancias específicas, como en presencia de un compañero de confianza, o se viven con miedo o ansiedad intensos. Los síntomas persisten por lo menos varios meses, y son lo suficientemente graves como para provocar malestar o deterioro significativos en las relaciones personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales o en otras áreas importantes del funcionamiento.

6B03**Fobia específica**

La fobia específica se caracteriza por ansiedad o miedo marcados o excesivos que ocurren constantemente cuando se expone a uno o varios objetos o situaciones específicos (por ejemplo, proximidad a ciertos animales, vuelos, alturas, espacios cerrados, ver sangre o heridas) y que están fuera de proporción en relación con el peligro real. El objeto o la situación fóbica son evitados o sobrellevados con intenso miedo o ansiedad. Los síntomas persisten al menos por varios meses y son lo suficientemente graves como para ocasionar un malestar o deterioro significativos en las relaciones personales, familiares, sociales, educativas, laborales o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Inclusiones: Acrofobia
Claustrofobia
fobia simple

Exclusiones: Trastorno dismórfico corporal (6B21)
Hipocondría (6B23)

6B04**Trastorno de ansiedad social**

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un temor o ansiedad marcados y excesivos que suceden sistemáticamente en una o varias situaciones sociales como las interacciones sociales (por ejemplo, tener una conversación), ser observado (por ejemplo, comiendo o bebiendo), o hacer algo ante otros (por ejemplo, dar un discurso). El individuo se preocupa por actuar de una manera, o por mostrar síntomas de ansiedad, que serán evaluados negativamente por otros. Las situaciones sociales son evitadas sistemáticamente o soportadas con un temor o ansiedad intensos. Los síntomas persisten durante al menos varios meses y son lo suficientemente graves como para ocasionar un malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Inclusiones: Antropofobia

6B05**Trastorno de ansiedad por separación**

El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por ansiedad y miedo marcados y excesivos por la separación de figuras de apego específicas. En los niños, las figuras de apego normalmente son los padres, cuidadores u otros miembros de familia; en los adultos normalmente son las parejas amorosas o los hijos. Las manifestaciones de ansiedad por separación pueden incluir pensamientos persistentes de peligro u otro evento adversos que le podrían ocurrir a la figura de apego, reticencia a ir a la escuela o a trabajar, exceso de ansiedad recurrente relacionada con la separación, reticencia o negación de ir a dormir lejos de la figura de apego, y pesadillas recurrentes sobre la separación. Los síntomas persisten por al menos varios meses y son lo suficientemente graves como para ocasionar un malestar o deterioro significativos en las relaciones personales, familiares, sociales, laborales, educativas y ocupacionales, o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Exclusiones: Mutismo selectivo (6B06)
Trastorno de ansiedad social (6B04)
Trastornos [afectivos] del estado de ánimo

6B06**Mutismo selectivo**

El mutismo selectivo se caracteriza por una selectividad sistemática en el discurso, tal que el niño demuestra competencia lingüística adecuada en situaciones sociales específicas, normalmente en casa, pero constantemente es incapaz de hablar en otras, típicamente en la escuela. La perturbación dura al menos un mes, no se limita al primer día de escuela, y es lo suficientemente grave para interferir con los logros educativos o la comunicación social. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento ni de comodidad con la lengua hablada en la situación social requerida (por ejemplo, un idioma diferente hablado en la escuela que en casa).

Exclusiones: Esquizofrenia (6A20)
Trastorno del espectro autista (6A02)
Mutismo transitorio en niños pequeños como parte de la ansiedad por separación

6B0Y**Otros trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo especificados**

6B0Z**Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, sin especificación****Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados (BlockL1-6B2)**

Los trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados son un grupo de trastornos caracterizados por pensamientos y comportamientos repetitivos que se cree que comparten similitudes en la etiología y los validadores clave de diagnóstico. Algunos fenómenos cognitivos como obsesiones, pensamientos y preocupaciones intrusivas son fundamentales en un subconjunto de estas afecciones (es decir, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría y el trastorno de referencia olfativa) y se acompañan de comportamientos repetitivos relacionados. El trastorno de acumulación no está asociado con pensamientos intrusivos no deseados, sino que más bien se caracteriza por una necesidad compulsiva de acumular posesiones y malestar relacionado con tirarlos a la basura. También están incluidos en esta agrupación los trastornos por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, que se caracterizan principalmente por acciones recurrentes y habituales dirigidas al tegumento (por ejemplo, arrancarse el cabello, pellizcarse la piel) y carecen de un aspecto cognitivo prominente. Los síntomas provocan malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Codificado en otra parte: Trastornos obsesivo-compulsivos u otros trastornos relacionados inducidos por sustancias

Síndrome secundario obsesivo-compulsivo o relacionado (6E64)

Síndrome de Tourette (8A05.00)

6B20**Trastorno obsesivo-compulsivo**

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones persistentes, o más comúnmente ambos. Las obsesiones son pensamientos recurrentes y persistentes, imágenes o impulsos/urgencias que son molestos, no deseados y se asocian comúnmente con ansiedad. La persona intenta ignorar o suprimir las obsesiones, o neutralizarlas mediante la realización de compulsiones. Las compulsiones son comportamientos repetitivos como los actos mentales repetitivos que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión, de acuerdo con normas rígidas, o para lograr una sensación de "integridad". Para que se diagnostique el trastorno obsesivo-compulsivo, las obsesiones y compulsiones deben llevar mucho tiempo (por ejemplo, tomar más de una hora por día), y dar lugar a un malestar o deterioro significativos en lo personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Inclusiones: neurosis anancástica
neurosis obsesivo-compulsiva

Exclusiones: Comportamiento obsesivo-compulsivo

6B20.0**Trastorno obsesivo-compulsivo con una introspección de regular a buena**

Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno obsesivo-compulsivo. Gran parte del tiempo, el individuo es capaz de entretener la posibilidad de que sus creencias específicas por el trastorno pueden no ser ciertas y está dispuesto a aceptar una explicación alternativa para su experiencia. En momentos circunscritos (por ejemplo, cuando está sumamente ansioso), el individuo no puede demostrar ninguna introspección.

6B20.1 Trastorno obsesivo-compulsivo con una introspección deficiente o ausente
Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno obsesivo-compulsivo. La mayor parte o la totalidad de las veces, el individuo está convencido de que las creencias específicas por el trastorno son verdaderas y no puede aceptar una explicación alternativa para su experiencia. La falta de introspección que presenta el individuo no varía notablemente en función del nivel de ansiedad.

6B20.Z Trastorno obsesivo-compulsivo, sin especificación

6B21 Trastorno dismórfico corporal

El trastorno dismórfico corporal se caracteriza por la preocupación persistente por uno o varios defectos o imperfecciones percibidos en la apariencia que son imperceptibles o solo ligeramente perceptibles para los demás. Los individuos experimentan timidez excesiva, a menudo con ideas de referencia (es decir, la convicción de que las personas se están dando cuenta, juzgando o hablando sobre el defecto o la imperfección percibidos). En respuesta a su preocupación, los individuos se involucran en comportamientos repetitivos y excesivos que incluyen examinar la apariencia o la gravedad del defecto o la imperfección percibidos, intentos excesivos de camuflar o alterar el defecto percibido, o marcada evitación de situaciones sociales o desencadenantes que aumentan el malestar por el defecto o la imperfección percibidos. Los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativos en lo personal, familiar, social, educacional y ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.

Exclusiones: Anorexia nerviosa (6B80)
Trastorno de distrés corporal (6C20)
Preocupación acerca de la apariencia del cuerpo
(BlockL2-QD3)

6B21.0 Trastorno dismórfico corporal con una introspección de regular a buena
Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno dismórfico corporal. Gran parte del tiempo, el individuo es capaz de entretener la posibilidad de que sus creencias específicas por el trastorno pueden no ser ciertas y está dispuesto a aceptar una explicación alternativa para su experiencia. En momentos circunscritos (por ejemplo, cuando está muy ansioso), el individuo no puede demostrar ninguna introspección.

6B21.1 Trastorno dismórfico corporal con una introspección deficiente o ausente
Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno dismórfico corporal. La mayor parte o la totalidad de las veces, el individuo está convencido de que las creencias específicas por el trastorno son verdaderas y no puede aceptar una explicación alternativa para su experiencia. La falta de introspección que presenta el individuo no varía notablemente en función del nivel de ansiedad.

6B21.Z Trastorno dismórfico corporal, sin especificación

6B22**Trastorno de referencia olfativa**

El trastorno de referencia olfativa se caracteriza por preocupación persistente con la creencia de que uno está emitiendo un olor corporal o aliento ofensivo, ya sea imperceptible o solo ligeramente perceptible por los demás. Los individuos experimentan timidez excesiva sobre el olor percibido, a menudo con ideas de referencia (es decir, la convicción de que las personas se están dando cuenta, juzgando o hablando sobre el olor). En respuesta a su preocupación, los individuos se involucran en comportamientos repetitivos y excesivos como comprobar en varias ocasiones el olor corporal o el control de la fuente del olor percibido, o la búsqueda en varias ocasiones de tranquilidad, intentos excesivos de camuflaje, alterar o evitar el olor percibido, o la evitación marcada de situaciones sociales o desencadenantes que aumentan el malestar por el olor ofensivo percibido. Los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar malestar o deterioro significativos en lo personal, familiar, social, educacional y ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

6B22.0**Trastorno de referencia olfativa con una introspección de regular a buena**

Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno de referencia olfativa. Gran parte del tiempo, el individuo es capaz de entretener la posibilidad de que sus creencias específicas por el trastorno pueden no ser ciertas y está dispuesto a aceptar una explicación alternativa para su experiencia. En ocasiones circunscritas (por ejemplo, cuando está muy ansioso), el individuo puede no demostrar ninguna introspección.

6B22.1**Trastorno de referencia olfativa con una introspección deficiente o ausente**

Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno de referencia olfativa. La mayor parte o la totalidad de las veces, el individuo está convencido de que las creencias específicas del trastorno son verdaderas y no puede aceptar una explicación alternativa para su experiencia. La falta de visión que presenta el individuo no varía notablemente en función del nivel de ansiedad.

6B22.Z**Trastorno de referencia olfativa, sin especificación**

6B23**Hipocondría**

Se caracteriza por una preocupación o temor persistentes acerca de la posibilidad de tener una o varias enfermedades graves, progresivas o potencialmente mortales. La preocupación está asociada a interpretaciones erróneas y catastróficas de signos o síntomas corporales, incluidas sensaciones normales o comunes, y la preocupación se manifiesta ya sea en comportamientos repetitivos y excesivos relacionados con la salud o comportamientos desadaptados de evitación relacionados con la salud. La preocupación o el temor del individuo no es simplemente una inquietud razonable relacionada con una situación circunscrita, y persiste o reaparece a pesar de una evaluación médica adecuada y de asegurarles tranquilidad. Los síntomas ocasionan malestar o deterioro significativos en las relaciones personales, familiares, sociales, académicas, laborales o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Inclusiones: neurosis hipocondríaca
Nosofobia
trastorno de ansiedad por enfermedad

Exclusiones: Trastorno dismórfico corporal (6B21)
Trastorno de distrés corporal (6C20)
Temor al cáncer (MG24.0)

6B23.0**Hipocondría con una introspección de regular a buena**

Se cumplen todos los requisitos de la definición de la hipocondría. Gran parte del tiempo, el individuo es capaz de entretener la posibilidad de que sus creencias específicas por el trastorno pueden no ser ciertas y está dispuesto a aceptar una explicación alternativa para su experiencia. En momentos circunscritos (por ejemplo, cuando la ansiedad es alta), el individuo no puede demostrar ninguna introspección.

6B23.1**Hipocondría con una introspección deficiente o ausente**

Se cumplen todos los requisitos de la definición de la hipocondría. La mayor parte o la totalidad de las veces, el individuo está convencido de que las creencias específicas del trastorno son verdaderas y no puede aceptar una explicación alternativa para su experiencia. La falta de introspección que presenta el individuo no varía notablemente en función del nivel de ansiedad.

6B23.Z**Hipocondría, sin especificación****6B24****Trastorno por acumulación**

El trastorno por acumulación se caracteriza por la acumulación de posesiones que se debe a una adquisición excesiva o a la dificultad de desechar las posesiones, independientemente de su valor real. La adquisición excesiva se caracteriza por impulsos o comportamientos repetitivos relacionados con la acumulación o la compra de artículos. La dificultad para descartar posesiones se caracteriza por la necesidad percibida de guardar elementos y la angustia asociada con descartarlos. La acumulación de posesiones hace que los espacios de vida se abarrotan hasta el punto de que se comprometa su uso o seguridad. Los síntomas dan como resultado un malestar o un deterioro significativos en lo personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

6B24.0**Trastorno por acumulación con una introspección de regular a buena**

Se cumplen todos los requisitos de definición del trastorno por acumulación. El individuo reconoce que las creencias y comportamientos relacionados con el acaparamiento (relacionados con la adquisición excesiva, la dificultad para descartar o el desorden) son problemáticos. Este nivel de calificador aún puede aplicarse si, en algunos momentos circunscritos (por ejemplo, cuando se le obliga a descartar elementos), el individuo no demuestra introspección.

6B24.1**Trastorno por acumulación con una introspección deficiente o ausente**

Se cumplen todos los requisitos de definición del trastorno de acumulación. La mayor parte o todo el tiempo, el individuo está convencido de que las creencias y conductas relacionadas con el acaparamiento (relacionadas con la adquisición excesiva, la dificultad para descartar o el desorden) no son problemáticas, a pesar de la evidencia de lo contrario. La falta de introspección demostrada por el individuo no varía notablemente en función del nivel de ansiedad.

6B24.Z**Trastorno por acumulación, sin especificación****6B25****Trastornos por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo**

Los trastornos por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo se caracterizan por acciones recurrentes y habituales dirigidas al tegumento (p. ej., arrancarse el pelo, arrancarse la piel, morderse los labios), generalmente acompañadas de intentos fallidos de disminuir o detener el comportamiento en cuestión, y que conducen a secuelas dermatológicas (p. ej., pérdida de cabello, lesiones cutáneas, abrasiones de labios). El comportamiento puede ocurrir en episodios breves dispersos a lo largo del día o a lo largo de períodos con menor frecuencia, pero más sostenidos. Los síntomas ocasionan malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

6B25.0**Tricotilomanía**

La tricotilomanía se caracteriza por arrancarse el pelo, lo que lleva a una pérdida significativa de pelo, con intentos fallidos de disminuir o detener el comportamiento en cuestión. Este comportamiento puede ocurrir en cualquier zona del cuerpo en la que crece pelo, pero los sitios más comunes son el cuero cabelludo, las cejas y las pestañas. Puede ocurrir en episodios breves dispersos durante el día o en períodos menos frecuentes, pero más sostenidos. Los síntomas ocasionan malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Inclusiones: arrancamiento compulsivo del cabello

Exclusiones: Trastorno por movimiento estereotipado con arrancamiento del pelo

6B25.1 Trastorno de excoriación

El trastorno de excoriación se caracteriza por tirones de piel que conducen a lesiones en la piel, con intentos fallidos de disminuir o detener el comportamiento en cuestión. Las áreas más comúnmente lesionadas son la cara, los brazos y las manos, pero muchas personas se lesionan en múltiples áreas del cuerpo. Los pellizcos pueden ocurrir en episodios breves dispersos durante el día o en períodos menos frecuentes, pero más sostenidos. Los síntomas ocasionan malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Inclusiones: trastorno por tirones de piel

Exclusiones: Trastorno por movimientos estereotipados (6A06)

Excoriación aguda de la piel (ME62.9)

Excoriación crónica de la piel (ME63.7)

6B25.Y Otros trastornos especificados por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo

6B25.Z Trastornos por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo, sin especificación

6B2Y Otros trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados, especificados

6B2Z Trastornos obsesivo-compulsivos y otros relacionados, sin especificación

Trastornos específicamente asociados con el estrés (BlockL1-6B4)

Los trastornos específicamente relacionados con el estrés están directamente asociados con la exposición a un acontecimiento traumático o estresante, o a una serie de eventos o experiencias adversas de este tipo. Para cada uno de los trastornos de este grupo se requiere, aunque no es suficiente, la presencia de un estresor identificable como factor causal. Aunque no todas las personas expuestas a un mismo estresor desarrollarán un trastorno, los trastornos de este grupo no se hubieran presentado si el estresor no hubiera ocurrido. Los acontecimientos estresantes que causan algunos trastornos de este grupo se ubican en el rango normal de las experiencias vitales (por ejemplo, un divorcio, problemas socioeconómicos, muerte de un ser querido). Otros trastornos requieren que ocurran acontecimientos traumáticos sumamente estresantes de naturaleza extremadamente amenazante o terrible para manifestarse (es decir, acontecimientos potencialmente traumáticos). En todos los trastornos de este grupo, la naturaleza, el patrón y la duración de los síntomas que aparecen como respuesta al acontecimiento estresante (junto con el deterioro del funcionamiento asociado) son lo que distingue a un trastorno de otro.

Exclusiones: Síndrome de desgaste ocupacional (QD85)
Reacción al estrés agudo (QE84)

6B40

Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles. Se caracteriza por todo lo siguiente: 1) volver a experimentar el evento traumático o eventos en el presente en forma de recuerdos vívidos intrusivos, flashbacks o pesadillas, que suelen ir acompañados de emociones fuertes o abrumadoras, en particular el miedo o el horror, y sensaciones físicas fuertes; 2) evitar pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden el evento o eventos; y 3) percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada, por ejemplo, como lo indica la hipervigilancia o una reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados. Los síntomas persisten durante al menos varias semanas y causan un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

Inclusiones: neurosis traumática

Exclusiones: Reacción al estrés agudo (QE84)
Trastorno de estrés postraumático complejo (6B41)

6B41**Trastorno de estrés postraumático complejo**

El trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT complejo) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia). Se cumplen todos los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Además, el TEPT complejo se caracteriza por la gravedad y la persistencia de: 1) los problemas en la regulación del afecto; 2) las creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y 3) las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Exclusiones: Trastorno de estrés postraumático (6B40)

6B42**Trastorno por duelo prolongado**

El trastorno por duelo prolongado es un trastorno en el que, tras la muerte de un compañero, padre, hijo u otra persona cercana al doliente, hay una respuesta de dolor persistente y generalizada caracterizada por la nostalgia por la persona fallecida o preocupación persistente acompañada por un intenso dolor emocional (por ejemplo, tristeza, culpa, ira, negación, reproche, dificultad para aceptar la muerte, sentir que uno ha perdido una parte de sí mismo, incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo, entumecimiento emocional, dificultad para relacionarse con las actividades sociales o de otro tipo). La respuesta de dolor ha persistido durante un período atípicamente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo) y claramente mayor que las normas sociales esperadas, por el contexto cultural y religioso del individuo. Las reacciones de duelo que han persistido durante períodos más largos, aunque dentro de lo que sería un período normativo de duelo de determinado contexto cultural y religioso de la persona, son vistas como respuestas de duelo normal y no se les asigna un diagnóstico. La alteración provoca un deterioro significativo en la vida personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

6B43**Trastorno de adaptación**

El trastorno de adaptación es una reacción desadaptativa a un estresante psicosocial identificable o múltiples factores de estrés (por ejemplo, divorcio, enfermedad o discapacidad, problemas socioeconómicos, conflictos en el hogar o en el trabajo) que, por lo general, surge dentro de un mes del factor estresante. El trastorno se caracteriza por la preocupación por el factor estresante o sus consecuencias, incluida la preocupación excesiva, pensamientos recurrentes y angustiosos sobre el factor estresante, o cavilación constante sobre sus implicaciones, así como por la falta de adaptación al estrés que provoca un deterioro significativo en la vida personal, familiar, social, educativa, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no son de especificidad o la gravedad suficiente para justificar el diagnóstico de la presencia de otro trastorno mental y del comportamiento y, por lo general, se resuelven dentro de los 6 meses, a menos que el factor estresante persista durante más tiempo.

Exclusiones:

- Trastorno depresivo recurrente (6A71)
- Trastorno depresivo, episodio único (6A70)
- Trastorno por duelo prolongado (6B42)
- Duelo sin complicaciones (QE62)
- Síndrome de desgaste ocupacional (QD85)
- Reacción al estrés agudo (QE84)
- Trastorno de ansiedad por separación en niños

6B44**Trastorno de vinculación reactiva**

El trastorno de vinculación reactiva se caracteriza por comportamientos sociales extremadamente anormales en la primera infancia, que ocurren en el contexto de una historia de cuidados sumamente inadecuados (por ejemplo, negligencia grave, maltratos, privación institucional). Incluso cuando un cuidador principal adecuado está nuevamente disponible, el niño no acude al cuidador principal para recibir consuelo, apoyo y cuidado, raramente muestra comportamientos que busquen seguridad en cualquier adulto y no responde cuando se le ofrece consuelo. El trastorno de vinculación reactiva solo puede ser diagnosticado en niños, y las características del trastorno se desarrollan dentro de los primeros 5 años de vida. Sin embargo, el trastorno no se diagnostica antes de la edad de 1 año (o una edad de desarrollo de menos de 9 meses), cuando la capacidad de apegos selectivos no puede ser completamente desarrollada, o en el contexto de un trastorno del espectro autista.

Exclusiones:

- Síndrome de Asperger
- Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez

6B45

Trastorno de compromiso social desinhibido

Se caracteriza por un comportamiento social extremadamente anormal, que ocurre en el contexto de una historia de cuidado inadecuado en la niñez (por ejemplo, negligencia grave, privación institucional). El niño se aproxima a adultos indiscriminadamente, carece de reticencia a acercarse, tiene disposición a irse con adultos desconocidos, y exhibe un comportamiento demasiado familiar con extraños. El trastorno de compromiso social desinhibido solo puede ser diagnosticado en niños, y las características del trastorno se desarrollan dentro de los primeros 5 años de vida. Sin embargo, no puede diagnosticarse antes de que el niño cumpla 1 año de edad (o una edad de desarrollo de menos de 9 meses), cuando la capacidad de los apegos selectivos puede no estar completamente desarrollada, o en el contexto de un trastorno del espectro autista.

Exclusiones:

- Trastorno de adaptación (6B43)
- Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención (6A05)
- Síndrome de Asperger
- Trastorno de vinculación reactiva en la niñez

6B4Y

Otros trastornos especificados específicamente asociados con el estrés

6B4Z

Trastornos específicamente asociados con el estrés, sin especificación

Trastornos disociativos (BlockL1-6B6)

Los trastornos disociativos se caracterizan por una interrupción o discontinuidad involuntaria en la integración normal de uno o varios de los siguientes aspectos: identidad, sensaciones, percepciones, afectos, pensamientos, recuerdos, control sobre los movimientos corporales o comportamiento. La interrupción o discontinuidad puede ser completa, pero generalmente es parcial y puede variar de un día a otro o incluso de una hora a otra. Los síntomas de los trastornos disociativos no se deben a los efectos directos de un medicamento o sustancia, incluidos los efectos de la abstinencia, no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del desarrollo neurológico, un trastorno del ciclo de sueño y vigilia, una enfermedad del sistema nervioso u otra condición de salud, y no son parte de una práctica cultural, religiosa o espiritual aceptada. Los síntomas disociativos en los trastornos disociativos son lo suficientemente graves como para causar un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Codificado en otra parte: Síndrome secundario disociativo (6E65)

6B60

Trastorno disociativo con síntomas neurológicos

El trastorno disociativo con síntomas neurológicos se caracteriza por la presentación de síntomas motores, sensoriales o cognitivos que implican una discontinuidad involuntaria en la integración normal de las funciones motoras, sensoriales o cognitivas, y no son compatibles con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, otro trastorno mental o de comportamiento, u otro problema de salud. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo como el trastorno de identidad disociativa y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de la abstinencia, o un trastorno del ciclo de sueño y vigilia.

Exclusiones: Trastornos facticios (BlockL1-6D5)

6B60.0

Trastorno disociativos con síntomas neurológicos, alteración visual

El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como alteración visual se caracteriza por síntomas visuales como la ceguera, visión en túnel, diplopía, distorsiones visuales o alucinaciones que no son compatibles con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, otro trastorno mental o del comportamiento u otra condición de salud, y no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo.

6B60.1

Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, alteración auditiva

El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como alteración auditiva se caracteriza por síntomas auditivos como pérdida de la audición o alucinaciones auditivas que no son compatibles con alguna enfermedad reconocida del sistema nervioso, otro trastorno mental o del comportamiento u otra condición de salud y no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo.

6B60.2

Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, vértigo o mareos

El trastorno síntoma neurológico disociativo que se manifiestan como vértigo o mareos se caracteriza por una sensación de girar mientras se está parado (vértigo) o mareo que no es compatible con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, trastorno del comportamiento o mental u otra condición de salud, y no ocurre exclusivamente durante otro trastorno disociativo.

- 6B60.3 Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, otra alteración de la sensibilidad**
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como otras alteraciones sensoriales se caracteriza por síntomas sensoriales no identificados en otras categorías específicas en esta agrupación, como entumecimiento, opresión, hormigueo, ardor, dolor u otros síntomas relacionados con el tacto, el olfato, el gusto, el equilibrio, la propiocepción, cinestesia o termocepción. Los síntomas no son compatibles con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, otros trastornos mentales o del comportamiento u otras afecciones de salud, y no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo.
- 6B60.4 Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, crisis no epilépticas**
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como convulsiones no epilépticas se caracteriza por una presentación sintomática de convulsiones o convulsiones que no son compatibles con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, otro trastorno mental o del comportamiento u otra condición de salud, y no se producen exclusivamente durante otro trastorno disociativo.
- 6B60.5 Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, alteración del habla**
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como alteración del habla se caracteriza por síntomas como dificultad para hablar (disfonía), pérdida de la capacidad de hablar (afonía) o articulación del habla difícil o poco clara (disartria) que no concuerdan con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, un trastorno del neurodesarrollo o neurocognitivo, otro trastorno mental o del comportamiento u otra condición de salud, y no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo.
- 6B60.6 Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, debilidad o paresia**
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como debilidad o paresia se caracteriza por una dificultad o incapacidad para mover intencionalmente partes del cuerpo o realizar movimientos coordinados, que no es compatible con otra enfermedad reconocida del sistema nervioso u otro trastorno mental y del comportamiento u otra condición de salud, y no ocurre exclusivamente durante otro trastorno disociativo.
- 6B60.7 Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, alteración de la marcha**
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como alteración de la marcha se caracteriza por síntomas que involucran la capacidad o forma de caminar del individuo, incluida la ataxia y la incapacidad para permanecer de pie sin ayuda, que no son compatibles con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, otro trastorno mental y del comportamiento u otras condiciones de salud, y no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo.
- 6B60.8 Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, alteración del movimiento**
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como alteración del movimiento se caracteriza por síntomas como corea, mioclonía, temblores, distonía, espasmo facial, parkinsonismo o disquinesia que no son compatibles con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, otros trastornos mentales y del comportamiento u otra condición de salud, y no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo.

- 6B60.80** Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, corea
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como corea se caracteriza por movimientos irregulares, no repetitivos, breves, espasmódicos y fluidos que pasan aleatoriamente de una parte a otra del cuerpo y que no concuerdan con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, otro trastorno mental y del comportamiento, u otra afección de salud, y no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo.
- 6B60.81** Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, mioclonía
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como mioclonía se caracteriza por sacudidas repentinas y rápidas que pueden ser focales, multifocales o generalizadas, y que no son compatibles con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, otros trastornos mentales y del comportamiento, u otras afecciones de salud, ni ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo.
- 6B60.82** Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, temblor
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como temblor se caracteriza por oscilaciones involuntarias de una parte del cuerpo que no concuerdan con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, otros trastornos mentales y del comportamiento, u otra afección de salud, ni ocurre exclusivamente durante otro trastorno disociativo.
- 6B60.83** Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, distonía
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como distonía se caracteriza por movimientos irregulares, no repetitivos, breves, espasmódicos y fluidos que se pasan aleatoriamente de una parte del cuerpo a otra y que no concuerdan con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, otros trastornos mentales y del comportamiento, u otras afecciones de salud, ni ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo.
- 6B60.84** Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, espasmo facial
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como espasmo facial se caracteriza por contracciones musculares involuntarias o espasmos de la cara que no concuerdan con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, otros trastornos mentales y del comportamiento, u otras afecciones de salud, ni ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo.
- 6B60.85** Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, parkinsonismo
El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como parkinsonismo se caracteriza por una presentación sintomática de un síndrome de Parkinson en ausencia de enfermedad de Parkinson confirmada que no ocurre exclusivamente durante otro trastorno disociativo. Este trastorno se puede distinguir de la enfermedad de Parkinson por características como el comienzo abrupto, la discapacidad temprana, el temblor bilateral y la lentitud, lentitud incremental cuando se realizan movimientos repetitivos, resistencia voluntaria contra el movimiento pasivo sin rigidez en rueda dentada, distracción, debilidad de "elasticidad", habla tartamudeante, marcha extraña y una variedad de síntomas comportamentales.
- 6B60.8Y** Otro trastorno disociativo con síntomas neurológicos especificado, alteración del movimiento

6B60.8Z Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, alteración del movimiento, sin especificación

6B60.9 Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, síntomas cognitivos

El trastorno disociativo con síntomas neurológicos que se manifiestan como síntomas cognitivos se caracteriza por un rendimiento cognitivo deficiente de la memoria, el lenguaje u otros dominios cognitivos que es interno, inconsistente y no es compatible con una enfermedad reconocida del sistema nervioso, un trastorno del desarrollo neurológico o neurocognitivo, otro trastorno mental y del comportamiento, u otra condición de salud, y no ocurre exclusivamente durante otro trastorno disociativo.

Exclusiones: Amnesia disociativa (6B61)

6B60.Y Otro trastorno disociativo con síntomas neurológicos, con otros síntomas especificados

6B60.Z Trastorno disociativo con síntomas neurológicos, sin especificación

6B61

Amnesia disociativa

La amnesia disociativa se caracteriza por una incapacidad para recordar importantes recuerdos autobiográficos, típicamente eventos traumáticos o estresantes recientes, que son inconsistentes con el olvido ordinario. La amnesia no ocurre exclusivamente durante otro trastorno disociativo y no se explica mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del desarrollo neurológico. La amnesia no se debe a los efectos directos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de la abstinencia, y no se debe a una enfermedad del sistema nervioso ni a un traumatismo craneal. La amnesia da como resultado un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Exclusiones: Trastorno amnésico debido al consumo de alcohol (6D72.10)
 Amnesia anterógrada (MB21.10)
 Amnesia retrógrada (MB21.11)
 Amnesia poscrítica en la epilepsia
 Amnesia SAI
 Síndrome amnésico orgánico no alcohólico

6B62**Trastorno de trance**

El trastorno de trance se caracteriza por estados de trance en los que hay una marcada alteración en el estado de conciencia del individuo o una pérdida del sentido acostumbrado de identidad personal del individuo, en el que el individuo experimenta un estrechamiento de la conciencia del entorno inmediato o un enfoque inusualmente estrecho y selectivo que se centra en los estímulos ambientales y la restricción de movimientos, las posturas y discursos hasta la repetición de un pequeño repertorio que se experimenta como fuera del control de uno. El estado de trance no se caracteriza por la experiencia de ser reemplazado por una identidad alternativa. Los episodios de trance son recurrentes o, si el diagnóstico se basa en un solo episodio, el episodio ha durado al menos varios días. El estado de trance es involuntario e indeseado y no se acepta como parte de una práctica cultural o religiosa colectiva. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo y no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del desarrollo neurológico. Los síntomas no se deben a los efectos directos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de la abstinencia, agotamiento o estados hipnagógicos o hipnopompáticos, y no se deben a una enfermedad del sistema nervioso, traumatismo craneal o trastorno del ciclo de sueño y vigilia. Los síntomas dan como resultado una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

6B63**Trastorno de trance y posesión**

El trastorno de trance y posesión se caracteriza por estados de trance en los que hay una marcada alteración en el estado de conciencia del individuo, y el sentido habitual de identidad personal del individuo se reemplaza por una identidad de "posesión" externa, en la que se experimentan las conductas o movimientos del individuo controlado por el agente poseedor. Los episodios de trance y posesión son recurrentes o, si el diagnóstico se basa en un solo episodio, el episodio ha durado al menos varios días. El estado de trance y posesión es involuntario e indeseado, y no se acepta como parte de una práctica cultural o religiosa colectiva. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo y no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del desarrollo neurológico. Los síntomas no se deben a los efectos directos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de la abstinencia, agotamiento o estados hipnagógicos o hipnopompáticos, y no se deben a una enfermedad del sistema nervioso ni a un trastorno del ciclo de sueño y vigilia. Los síntomas dan como resultado una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

- Exclusiones:**
- Esquizofrenia (6A20)
 - Trastornos debidos al consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos (6C4E)
 - Trastorno psicótico agudo y transitorio (6A23)
 - Cambio de personalidad secundario (6E68)

6B64**Trastorno de identidad disociativa**

El trastorno de identidad disociativa se caracteriza por una alteración de la identidad en la que hay dos o varios estados de personalidad distintos (identidades disociativas) asociados con discontinuidades marcadas en el sentido de identidad y agencia. Cada estado de personalidad incluye su propio patrón de experiencia, percepción, concepción y relación con el yo, el cuerpo y el entorno. Al menos dos estados de personalidad distintos toman de manera recurrente el control ejecutivo de la conciencia y el funcionamiento del individuo al interactuar con otros o con el entorno, como en el desempeño de aspectos específicos de la vida cotidiana, como la crianza de los hijos o el trabajo, o en respuesta a situaciones específicas (por ejemplo, aquellos que son percibidos como amenazantes). Los cambios en el estado de la personalidad están acompañados por alteraciones relacionadas en la sensación, la percepción, el afecto, la cognición, la memoria, el control motor y el comportamiento. Habitualmente hay episodios de amnesia, que pueden ser graves. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del desarrollo neurológico, ni se deben a los efectos directos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de la abstinencia, y no se deben a una enfermedad del sistema nervioso o trastorno del ciclo de sueño y vigilia. Los síntomas causan un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas y ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

6B65**Trastorno de identidad disociativa parcial**

El trastorno de identidad disociativa parcial se caracteriza por una alteración de la identidad en la que hay dos o varios estados de personalidad distintos (identidades disociativas) asociados con discontinuidades marcadas en el sentido de identidad y agencia. Cada estado de personalidad incluye su propio patrón de experiencia, percepción, concepción y relación con el yo, el cuerpo y el entorno. Un estado de personalidad es dominante y normalmente funciona en la vida cotidiana, pero es invadido por uno o más estados de personalidad no dominantes (intrusiones disociativas). Estas intrusiones pueden ser cognitivas, afectivas, perceptivas, motoras o conductuales. Se considera que interfieren con el funcionamiento del estado de personalidad dominante y son típicamente aversivos. Los estados de personalidad no dominantes no toman de manera recurrente el control ejecutivo de la conciencia y el funcionamiento del individuo, pero puede haber episodios ocasionales, limitados y transitorios, en los que un estado de personalidad distinta asuma el control ejecutivo para participar en comportamientos circunscritos, como en respuesta a situaciones extremas, estados emocionales o durante episodios de autolesión o recreación de recuerdos traumáticos. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del desarrollo neurológico, y no se deben a los efectos directos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de la abstinencia, ni se deben a una enfermedad del sistema nervioso o trastorno del ciclo de sueño y vigilia. Los síntomas causan un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

6B66**Trastorno de despersonalización y desrealización**

El trastorno de despersonalización-desrealización se caracteriza por experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas. La despersonalización se caracteriza por experimentar el yo como extraño o irreal, o sentirse separado de él, o como si uno fuera un observador externo de sus pensamientos, sentimientos, sensaciones, cuerpo o acciones. La desrealización se caracteriza por experimentar otras personas, objetos o el mundo como extraños o irreales (por ejemplo, de ensueño, distantes, nebulosos, sin vida, incoloros o visualmente distorsionados) o sentirse separado del alrededor. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad permanecen intactas. Las experiencias de despersonalización o desrealización no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo y no se explican mejor por otro trastorno mental, de comportamiento o del desarrollo neurológico. Las experiencias de despersonalización o desrealización no se deben a los efectos directos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de la abstinencia, y no se deben a una enfermedad del sistema nervioso ni a un traumatismo craneal. Los síntomas resultan en angustia o deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

6B6Y**Otros trastornos disociativos especificados****6B6Z****Trastornos disociativos, sin especificación****Trastornos del comportamiento alimentario (BlockL1-6B8)**

Los trastornos del comportamiento alimentario abarcan los comportamientos anormales vinculados con la alimentación que no pueden explicarse por otra afección de salud y que no son apropiados para el nivel de desarrollo del individuo ni congruentes con las normas culturales. Incluyen tanto alteraciones del comportamiento que no están relacionadas con preocupaciones con el peso y la figura corporales como la ingesta de sustancias no comestibles o la regurgitación voluntaria de alimentos, como comportamientos anormales vinculados con la ingesta o preocupación por la comida, el peso y la figura corporales.

6B80**Anorexia nerviosa**

La anorexia nerviosa se caracteriza por un peso corporal significativamente bajo para la altura, la edad y la etapa de desarrollo (índice de masa corporal (IMC) menor a 18,5 kg/m² en adultos e IMC para la edad debajo del quinto percentil en niños y adolescentes) que no se debe a una afección médica, a otro trastorno mental o a la carencia de alimentos. El peso corporal bajo se acompaña de un patrón persistente de comportamiento para evitar la restauración del peso normal, que puede incluir comportamientos destinados a reducir el consumo de energía (alimentación restringida), comportamientos purgativos (por ejemplo, vómito autoinducido, abuso de laxantes) y comportamientos destinados a incrementar el gasto energético (por ejemplo, ejercicio excesivo), típicamente asociados con miedo intenso a subir de peso. El peso bajo o la figura corporales son elementos centrales para la autoevaluación de la persona, o se perciben inadecuadamente como normales o incluso excesivos.

6B80.0 Anorexia nerviosa con un peso corporal significativamente bajo

La anorexia nerviosa con un peso corporal significativamente bajo cumple con todos los requisitos de la definición de la anorexia nerviosa, con un IMC entre 18,5 kg/m² y 14,0 kg/m² en adultos o entre el quinto percentil 0,3 y el percentil del IMC para la edad en niños y adolescentes.

6B80.00 Anorexia nerviosa con un peso corporal significativamente menor, tipo restrictivo

La anorexia nerviosa con un peso corporal significativamente menor de tipo restrictivo se refiere a las personas que cumplen los requisitos de la definición de la anorexia nerviosa con un peso corporal significativamente bajo y que inducen la pérdida de peso o mantienen un peso corporal bajo a través de la ingesta restringida de alimentos o el ayuno, solo o en combinación con un mayor gasto de energético (por ejemplo, mediante el ejercicio excesivo), pero que no presentan episodios de ingesta compulsiva o uso de purgantes.

6B80.01 Anorexia nerviosa con peso corporal significativamente bajo, patrón de atracones y purgas

La anorexia nerviosa con peso significativamente bajo y un patrón de atracones y purgas se refiere a las personas que cumplen los requisitos de la definición de la anorexia nerviosa con un peso corporal significativamente bajo y que se presentan con episodios de atracones de comida o purgas. Estos individuos inducen la pérdida de peso y mantienen su peso corporal a través de la ingesta de alimentos restringida, normalmente acompañados de comportamientos de purgas significativas dirigidas a eliminar los alimentos ingeridos (por ejemplo, vómito autoinducido, abuso de laxantes o enemas). Este patrón también incluye a las personas que presentan episodios de atracones, pero no se purgan.

6B80.0Z Anorexia nerviosa con un peso corporal significativamente bajo, sin especificación

6B80.1 Anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo

La anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo cumple con todos los requisitos de la definición para la anorexia nerviosa, con IMC inferior a 14,0 kg/m² en adultos o por debajo del percentil 0,3 del IMC para la edad en niños y adolescentes. En el contexto de la anorexia nerviosa, el estado grave de peso bajo es un importante factor pronóstico que se asocia con un riesgo alto de complicaciones físicas e incrementa sustancialmente la mortalidad.

6B80.10 Anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo, tipo restrictivo

La anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo de tipo restrictivo se refiere a las personas que cumplen los requisitos de la definición de la anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo y que inducen la pérdida de peso y mantienen el peso corporal a través de la ingesta restringida de alimentos o el ayuno solo o en combinación con un aumento del gasto energético (por ejemplo, mediante el ejercicio excesivo), pero que no se dedican a los atracones o las purgas.

6B80.11 Anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo, patrón de atracones y purgas

La anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo con un patrón de atracones y purgas se refiere a las personas que cumplen los requisitos de la definición de la anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo y que se presentan con episodios de atracones de comida o comportamientos purgativos. Estos individuos inducen la pérdida de peso y mantienen un peso corporal bajo a través de la ingesta restringida de alimentos, normalmente acompañada de comportamientos purgativos significativos dirigidos a la eliminación de los alimentos ingeridos (por ejemplo, vómito autoinducido, abuso de laxantes o enemas). Este patrón también incluye a los individuos que presentan episodios de atracones, pero no se purgan.

6B80.1Z Anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo, sin especificación

6B80.2 **Anorexia nerviosa en recuperación con peso corporal normal**

Entre los individuos que se están recuperando de la anorexia nerviosa y cuyo peso corporal es superior a 18,5 kg/m² en los adultos o superior al quinto percentil de IMC en niños y adolescentes, el diagnóstico debe mantenerse hasta que se logre una recuperación completa y duradera, como está indicado por el mantenimiento de un peso saludable y el cese de los comportamientos destinados a reducir el peso corporal, independientemente de la provisión de tratamiento (por ejemplo, durante al menos 1 año después de que se retire el tratamiento intensivo).

6B80.Y **Otra anorexia nerviosa específica**

6B80.Z **Anorexia nerviosa, sin especificación**

6B81

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de atracones de comida (por ejemplo, una vez o más a la semana durante un período de al menos un mes). Un episodio de atracón de comida es un período distintivo de tiempo durante el cual el individuo experimenta una pérdida subjetiva de control sobre la comida, come notablemente más o de modo distinto de lo habitual, y se siente incapaz de dejar de comer o limitar el tipo o la cantidad de alimentos ingeridos. Los atracones de comida se acompañan de comportamientos compensatorios reiterados inapropiados destinados a prevenir el aumento de peso (por ejemplo, vómito autoinducido, abuso de laxantes o enemas, ejercicio vigoroso). El individuo está preocupado con la forma o el peso corporales, lo que influye fuertemente en su autoevaluación. El individuo no tiene un peso significativamente bajo y, por lo tanto, no cumple con los requisitos de diagnóstico de la anorexia nerviosa.

Exclusiones: Trastorno por atracón (6B82)

6B82**Trastorno por atracón**

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de atracones de comida (por ejemplo, una vez o más a la semana durante un período de varios meses). Un episodio de atracones de comida es un período distintivo de tiempo durante el cual el individuo experimenta una pérdida subjetiva de control sobre la comida, come notablemente más o de modo distinto de lo habitual, y se siente incapaz de dejar de comer o de limitar el tipo o la cantidad de alimentos ingeridos. Los atracones de comida se experimentan como algo que produce un gran malestar y frecuentemente se acompañan de emociones negativas como la culpa o el disgusto. Sin embargo, a diferencia de la bulimia nerviosa, los atracones no son seguidos regularmente por comportamientos compensatorios inapropiados destinados a prevenir el aumento de peso (por ejemplo, vómito autoinducido, abuso de laxantes o enemas, ejercicio vigoroso).

Exclusiones: Bulimia nerviosa (6B81)

6B83**Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria**

El trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria (TERIA) se caracteriza por comportamientos alimentarios anormales o que llevan a la ingesta de una cantidad o variedad de alimentos insuficientes para cumplir con los requerimientos energéticos o nutricionales adecuados. El patrón de alimentación restringida ha causado una pérdida significativa de peso, la falta de aumento de peso como se esperaba en la infancia o el embarazo, deficiencias nutricionales clínicamente significativas, dependencia de los suplementos nutricionales orales o alimentación por sonda, o ha afectado negativamente de otra manera la salud del individuo o ha causado un deterioro funcional significativo. Este trastorno no refleja preocupación por el peso o la forma del cuerpo. La ingesta restringida de alimentos y sus efectos sobre el peso, otros aspectos de la salud o el funcionamiento no se explican mejor por la falta de disponibilidad de alimentos, los efectos de un medicamento o sustancia, u otra afección de salud.

Exclusiones: Anorexia nerviosa (6B80)
Problema con la alimentación del lactante (MG43.30)
Problemas en la ingestión de alimentos en el recién nacido (KD32)

6B84**Síndrome de pica**

El síndrome de pica o pica a secas se caracteriza por el consumo regular de sustancias no nutritivas, como productos y materiales no alimenticios (por ejemplo, arcilla, tierra, tiza, yeso, plástico, metal y papel) o ingredientes de alimentos crudos (por ejemplo, grandes cantidades de sal o harina de maíz) que es persistente o lo suficientemente grave como para requerir atención clínica en un individuo que ha alcanzado una edad del desarrollo en la que se esperaría que distinguiera entre sustancias comestibles y no comestibles (aproximadamente los 2 años). Es decir, el comportamiento provoca daños a la salud, deterioro en el funcionamiento, o riesgo significativo debido a la frecuencia, la cantidad o la naturaleza de las sustancias o los objetos ingeridos.

6B85

Trastorno por rumiación o regurgitación

El trastorno por rumiación o regurgitación se caracteriza por traer reiteradamente a la boca el alimento previamente deglutido (regurgitación) que puede ser masticado y tragado nuevamente (rumiación) o puede ser escupido deliberadamente (aunque no vomitando). La regurgitación es frecuente (por lo menos varias veces por semana) y sostenida durante un periodo de al menos varias semanas. Este comportamiento no está justificado plenamente por otro problema de salud que cause directamente la regurgitación (por ejemplo, estenosis esofágicas o trastornos neuromusculares que afectan el funcionamiento del esófago) o provoque náuseas o vómitos (por ejemplo estenosis, píloro). El trastorno por rumiación o regurgitación solo debe diagnosticarse en individuos que han alcanzado una edad de desarrollo de al menos 2 años.

Exclusiones: Síndrome de rumiación del adulto (DD90.6)
Náuseas o vómitos (MD90)

6B8Y

Otros trastornos especificados del comportamiento alimentario

6B8Z

Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación

Trastorno de eliminación (BlockL1-6C0)

El trastorno de eliminación incluye la micción repetida de orina en la ropa o en la cama (enuresis) y el paso repetido de heces en lugares inapropiados (encopresis). El trastorno de eliminación solo puede ser diagnosticado después de que el individuo ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera normalmente la continencia (5 años para enuresis y 4 años para encopresis). La incontinencia urinaria o fecal puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un periodo de control vesical o intestinal adquirido. Un trastorno de eliminación no debe diagnosticarse si el comportamiento es totalmente atribuible a otra condición de salud que cause incontinencia, anomalías congénitas o adquiridas del tracto urinario o intestinal, o uso excesivo de laxantes o diuréticos.

6C00

Enuresis

La enuresis es la micción de orina repetida en la ropa o en la cama, que puede ocurrir durante el día o en la noche en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo cuando la continencia se espera normalmente (5 años). La incontinencia urinaria puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un periodo de control vesical adquirido. En la mayoría de los casos, el comportamiento es involuntario, pero en algunos parece intencional. La enuresis no debe diagnosticarse si la micción involuntaria de orina se debe a una condición de salud que interfiere con la continencia (por ejemplo, trastornos musculoesqueléticos o enfermedades del sistema nervioso) o por anomalías congénitas o adquiridas del tracto urinario.

- Inclusiones:**
- enuresis funcional
 - Enuresis psicógena
 - Incontinencia urinaria de origen no orgánico
- Exclusiones:**
- Incontinencia urinaria de esfuerzo (MF50.20)
 - Incontinencia de urgencia (MF50.21)
 - Incontinencia urinaria funcional (MF50.23)
 - Incontinencia por derrame (MF50.2)
 - Incontinencia refleja (MF50.24)
 - Incontinencia urinaria extrauretral (MF50.2)

6C00.0

Enuresis nocturna

La enuresis nocturna se refiere a micción repetida de orina en la ropa o la cama que ocurre solo durante el sueño (es decir, durante la noche) en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera normalmente que haya continencia (5 años). La incontinencia urinaria puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un periodo de control vesical adquirido. En la mayoría de los casos, el comportamiento es involuntario, pero en algunos casos parece intencional.

6C00.1**Enuresis diurna**

La enuresis diurna se refiere a micción repetida de orina en la ropa que ocurre solo durante horas de vigilia en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera normalmente que haya continencia (5 años). La incontinencia urinaria puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un período de control vesical adquirido. En la mayoría de los casos, el comportamiento es involuntario, pero en algunos casos parece intencional.

6C00.2**Enuresis nocturna y diurna**

La enuresis nocturna y diurna se refiere a micción repetida de orina en la ropa que ocurre durante el sueño (es decir, durante la noche) y durante la vigilia en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo en la que normalmente se espera que haya continencia (5 años). La incontinencia urinaria puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un período de control vesical adquirido. En la mayoría de los casos, la conducta es involuntaria, pero en algunos parece intencional.

6C00.Z**Enuresis, sin especificación****6C01****Encopresis**

La encopresis es la defecación repetida en lugares inapropiados. La encopresis debe ser diagnosticada si la defecación en un lugar inapropiado ocurre repetidamente (por ejemplo, al menos una vez al mes durante un período de varios meses) en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera normalmente que haya continencia (4 años). La incontinencia fecal puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un período de control intestinal adquirido. La encopresis no debe diagnosticarse si la incontinencia fecal es atribuible totalmente a otra condición de salud (por ejemplo, megacolon aganglionar, espina bífida, demencia), anomalías congénitas o adquiridas del intestino, infección gastrointestinal o uso excesivo de laxantes.

6C01.0**Encopresis con estreñimiento o incontinencia por rebosamiento**

La encopresis es la defecación en lugares inapropiados que ocurre repetidamente (por ejemplo, al menos una vez al mes durante un período de varios meses) en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera que haya continencia (4 años). La incontinencia fecal puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un periodo de control intestinal adquirido. La encopresis con constipación e incontinencia por rebosamiento es la forma más común de ensuciamiento fecal y consiste en la retención de heces. Normalmente las heces están mal formadas (sueltas o líquidas), aunque no siempre, y el derrame puede variar de lo ocasional a lo continuo. A menudo hay una evitación del cuarto de baño que conduce al estreñimiento.

6C01.1 Encopresis sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento

La encopresis es la defecación en lugares inapropiados que ocurre repetidamente (por ejemplo, al menos una vez al mes durante un período de varios meses) en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera que haya continencia (4 años). La incontinencia fecal puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un período de control intestinal adquirido. La encopresis sin constipación ni incontinencia por rebosamiento no se asocia con la retención de heces, pero refleja rechazo, resistencia o falta de conformidad con las normas sociales de defecar en lugares aceptables en el contexto del control fisiológico normal de la defecación. Suelen ser heces de consistencia normal y la defecación inapropiada es probable que sea intermitente.

6C01.Z Encopresis, sin especificación

6C0Z

Trastorno de eliminación, sin especificación

Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal (BlockL1-6C2)

Los trastornos de distrés corporal y de la experiencia corporal se caracterizan por alteraciones en la experiencia que la persona tiene de su cuerpo. El trastorno de angustia corporal implica síntomas corporales que el individuo encuentra angustiantes y a los que se dirige una atención excesiva. La disforia de integridad corporal implica una perturbación en la experiencia de la persona con respecto al cuerpo, manifestada por el deseo persistente de tener una discapacidad física específica acompañada por una incomodidad persistente, o sentimientos intensos de inadecuación con respecto a la configuración actual del cuerpo sin discapacidades.

Exclusiones: Trastorno disociativo con síntomas neurológicos (6B60)
Preocupación acerca de la apariencia del cuerpo (BlockL2-QD3)

6C20

Trastorno de distrés corporal

El trastorno de estrés corporal se caracteriza por la presencia de síntomas corporales que afectan al individuo y por una atención excesiva dirigida a los síntomas, que puede manifestarse por el contacto repetido con prestadores de atención médica. Si otra afección de salud está causando o contribuyendo a los síntomas, el grado de atención es claramente excesivo en relación con su naturaleza y progresión. La atención excesiva no se alivia con el examen clínico y los estudios apropiados y la tranquilización. Los síntomas corporales son persistentes, y están presentes la mayoría de los días durante al menos varios meses. Normalmente, el trastorno de distrés corporal implica múltiples síntomas corporales que pueden variar con el tiempo. En ocasiones, hay un solo síntoma, generalmente dolor o fatiga, que se asocia con las otras características del trastorno.

Exclusiones: Síndrome de Tourette (8A05.00)
Trastornos disociativos (BlockL1-6B6)
Hipocondría (6B23)
Trastorno dismórfico corporal (6B21)
Trastorno de excoiación (6B25.1)
Discordancia de género (BlockL1-HA6)
Disfunciones sexuales (BlockL1-HA0)
Trastornos por tics (8A05)
fingimiento de síntomas (MB23.B)
Trastorno sexual por dolor asociado a la penetración (HA20)
Arrancarse el pelo
Trastorno de jalarse el cabello

6C20.0 Trastorno de distrés corporal leve

Están presentes todos los requisitos de la definición del trastorno de distrés corporal. Hay excesiva atención a los síntomas angustiantes y sus consecuencias, que pueden dar lugar a consultas médicas frecuentes, pero la persona no está preocupada por los síntomas (por ejemplo, el individuo gasta menos de una hora por día centrándose en ellos). A pesar de que el individuo expresa malestar acerca de los síntomas y que los síntomas pueden tener algún impacto en su vida (por ejemplo, tensión en las relaciones, funcionamiento académico o laboral menos eficaz, abandono de actividades recreativas específicas), no existe un deterioro sustancial en lo personal, familiar, social, educativo, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

6C20.1 Trastorno de distrés corporal moderado

Están presentes todos los requisitos de la definición del trastorno de distrés corporal. Existe preocupación persistente por los síntomas angustiantes y sus consecuencias (por ejemplo, el individuo pasa más de una hora al día pensando en ellos), típicamente asociados con consultas médicas frecuentes. La persona dedica gran parte de su energía en centrarse en los síntomas y sus consecuencias. Los síntomas, el malestar y la preocupación asociados causan deterioro moderado en lo personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (por ejemplo, conflicto de relaciones, problemas de desempeño en el trabajo, abandono de una variedad de actividades sociales y recreativas).

6C20.2 Trastorno de distrés corporal grave

Todos los requisitos de definición del trastorno de distrés corporal están presentes. Existe una preocupación generalizada y persistente con respecto a los síntomas y sus consecuencias en la medida en que estos pueden convertirse en el punto focal de la vida de la persona, lo que generalmente lleva a interacciones extensas con el sistema de atención médica. Los síntomas y el malestar y la preocupación asociados causan deterioro grave en lo personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (por ejemplo, incapacidad para trabajar, enajenación de amigos y familiares, abandono de casi todas las actividades sociales y de ocio). Los intereses de la persona pueden ser tan estrechos como para enfocarse casi exclusivamente en sus síntomas corporales y sus consecuencias negativas.

6C20.Z Trastorno de distrés corporal, sin especificación

6C21

Disforia de la integridad corporal

La disforia de la integridad corporal se caracteriza por un deseo intenso y persistente de quedar físicamente discapacitado de manera significativa (p. ej. amputación mayor de alguna extremidad, paraplejía, ceguera), con inicio temprano en la adolescencia acompañado de incomodidad persistente o sentimientos intensos de inadecuación con relación a la configuración de cuerpo no discapacitado. El deseo de quedar físicamente discapacitado tiene consecuencias perjudiciales, lo que se manifiesta ya sea con la procuración de este deseo (lo que incluye dedicar tiempo a fingir que se está discapacitado) interfiriendo así en su productividad, actividades de ocio o el funcionamiento social (por ejemplo, la persona no está dispuesta a tener una relación cercana porque dificultaría su pretensión de estar discapacitada), o con intentos por realmente convertirse en una persona discapacitada, poniendo en riesgo significativo su salud o su vida.

6C2Y**Otros trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal especificados****6C2Z****Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal, sin especificación**

Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos (BlockL1-6C4)

Los trastornos debidos al consumo de sustancias y comportamientos adictivos son los trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del consumo de sustancias predominantemente psicoactivas, lo que incluye los medicamentos, o comportamientos específicos y repetitivos de búsqueda de recompensa y de refuerzo.

Trastornos debidos al consumo de sustancias (BlockL2-6C4)

Los trastornos debidos al consumo de sustancias incluyen episodios únicos de consumo nocivo de sustancias, trastornos por consumo de sustancias (consumo nocivo de sustancias y dependencia de sustancias) y trastornos inducidos por sustancias, como intoxicación por sustancias, síndrome de abstinencia de sustancias y trastornos mentales inducidos por sustancias, disfunciones sexuales y trastornos del ciclo de sueño y vigilia.

Codificado en otra parte: Catatonia inducida por sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos (6A41)

6C40

Trastornos debidos al consumo de alcohol

Los trastornos debidos al consumo de alcohol se caracterizan por un patrón reiterado y las consecuencias del consumo de alcohol. Además de la intoxicación por alcohol, el alcohol tiene propiedades inductoras de dependencia, lo que lleva a la dependencia del alcohol en algunas personas y síndrome de abstinencia cuando se reduce o se interrumpe el consumo. El alcohol está implicado en una amplia gama de daños que afectan a la mayoría de los órganos y sistemas del cuerpo, que pueden clasificarse como episodio único de consumo nocivo de alcohol o patrón nocivo de consumo de alcohol. El daño a terceros como resultado del comportamiento durante la intoxicación por alcohol se incluye en las definiciones de consumo nocivo del alcohol. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por el alcohol y las formas de deterioro neurocognitivo relacionadas con el alcohol.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Consumo peligroso de alcohol (QE10)

6C40.0 Episodio de consumo nocivo de alcohol

Se trata de un episodio único de consumo de alcohol que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o ha provocado un comportamiento que puede dañar la salud de otras personas. El daño a la salud del individuo ocurre debido a uno o varios de los siguientes elementos: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de los demás incluye cualquier forma de daño físico, incluido un traumatismo, o trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento debido a la intoxicación por alcohol por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de episodio único de consumo nocivo. Este diagnóstico no debe hacerse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de alcohol.

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de alcohol (6C40.1)
Dependencia del alcohol (6C40.2)

6C40.1 Patrón nocivo de consumo de alcohol

Se trata de un patrón de consumo de alcohol que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha tenido como resultado un comportamiento que puede dañar la salud de otras personas. El patrón de consumo de alcohol es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico o al menos un mes si es continuo. El daño a la salud del individuo ocurre debido a uno o varios de los siguientes elementos: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de los demás incluye cualquier forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por alcohol por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón de consumo nocivo de alcohol.

Exclusiones: Dependencia del alcohol (6C40.2)
Episodio de consumo nocivo de alcohol (6C40.0)

6C40.10 Patrón nocivo de consumo de alcohol, episódico

Un patrón de consumo de alcohol intermitente o episódico que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha dado como resultado un comportamiento que puede dañar la salud de otras personas. El patrón de uso de alcohol episódico es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud del individuo ocurre debido a uno o varios de los siguientes elementos: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de los demás incluye cualquier forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por alcohol por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón de consumo nocivo del alcohol.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alcohol (6C40.0)
Dependencia del alcohol (6C40.2)

6C40.11**Patrón nocivo de consumo de alcohol, continuo**

Un patrón de consumo continuo (diario o casi diario) de alcohol que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha dado como resultado un comportamiento que puede dañar la salud de otras personas. El patrón de consumo continuo de alcohol es evidente durante un período de al menos un mes. El daño a la salud del individuo ocurre debido a uno o varios de los siguientes aspectos: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de los demás incluye cualquier forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por alcohol por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón de consumo nocivo de alcohol.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alcohol (6C40.0)
Dependencia del alcohol (6C40.2)

6C40.1Z**Patrón nocivo de consumo de alcohol, sin especificación****6C40.2****Dependencia del alcohol**

La dependencia del alcohol es un trastorno de la regulación del consumo del alcohol que surge del consumo repetido o continuo del alcohol. El rasgo característico es un fuerte impulso interno para consumir alcohol, que se manifiesta como una incapacidad de controlar el consumo, aumentando la prioridad otorgada al consumo sobre otras actividades y la persistencia del consumo a pesar del daño o las consecuencias negativas. Estas experiencias suelen ir acompañadas de una sensación subjetiva de necesidad o deseo de consumir alcohol. Las características fisiológicas de la dependencia también pueden estar presentes, incluida la tolerancia a los efectos del alcohol, los síntomas de abstinencia después del cese o la reducción en el consumo de alcohol, o el consumo repetido de alcohol o sustancias farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia. Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico puede realizarse si el consumo de alcohol es continuo (diario o casi diario) durante al menos 1 mes.

Inclusiones: alcoholismo crónico
dipsomanía

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alcohol (6C40.0)
Patrón nocivo de consumo de alcohol (6C40.1)

6C40.20**Dependencia del alcohol, consumo actual, continuo**

Se refiere a la dependencia del alcohol con un consumo continuo de alcohol (a diario o casi a diario) durante un período de al menos 1 mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alcohol (6C40.0)
Patrón nocivo de consumo de alcohol (6C40.1)

- 6C40.21** Dependencia del alcohol, consumo actual, episódico
Durante los últimos 12 meses, ha habido dependencia del alcohol con consumo excesivo de alcohol intermitente, con períodos de abstinencia. Si el consumo actual es continuo (diario o casi diario durante al menos el último mes), se debe realizar el diagnóstico de dependencia del alcohol, consumo actual, continuo.
Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alcohol (6C40.0)
Patrón nocivo de consumo de alcohol (6C40.1)
- 6C40.22** Dependencia del alcohol, remisión completa temprana
Después de un diagnóstico de dependencia del alcohol, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida una intervención de autoayuda), el individuo ha tenido un comportamiento abstemio del alcohol durante un período de entre 1 y 12 meses.
Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alcohol (6C40.0)
Patrón nocivo de consumo de alcohol (6C40.1)
- 6C40.23** Dependencia del alcohol, remisión parcial prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia del alcohol, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida una intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del consumo de alcohol por más de 12 meses, de forma tal que aunque haya habido consumo intermitente o continuo durante este periodo, no se cumplen los requisitos por definición para la dependencia.
Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alcohol (6C40.0)
Patrón nocivo de consumo de alcohol (6C40.1)
- 6C40.24** Dependencia del alcohol, remisión completa prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia del alcohol, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida una intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir alcohol durante 12 meses o más.
Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alcohol (6C40.0)
Patrón nocivo de consumo de alcohol (6C40.1)
- 6C40.2Z** Dependencia del alcohol, sin especificación

6C40.3 Intoxicación por alcohol

La intoxicación por alcohol es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco después del consumo de alcohol y que se caracteriza por trastornos en la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos del alcohol y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad de alcohol consumida. Los efectos tienen un límite de tiempo y disminuyen a medida que el alcohol se elimina del cuerpo. Las características de presentación pueden incluir atención deficiente, comportamiento inapropiado o agresivo, labilidad del ánimo, juicio deficiente, falta de coordinación, marcha inestable y dificultad para hablar. A niveles más graves de intoxicación, puede haber estupor o coma.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de trance y posesión (6B63)
Envenenamiento por alcohol

6C40.4 Síndrome de abstinencia del alcohol

El síndrome de abstinencia de alcohol es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos o características fisiológicas, que varían en grado de intensidad y duración, que se producen al cesar o reducir el consumo de alcohol en personas que han desarrollado dependencia del alcohol o han consumido alcohol durante un período prolongado o en grandes cantidades. Las características de presentación de la abstinencia del alcohol pueden incluir hiperactividad autonómica, aumento del temblor de las manos, náuseas, arcadas o vómitos, insomnio, ansiedad, agitación psicomotora, alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas, y distracción. Con menos frecuencia, el estado de abstinencia se complica por convulsiones. El estado de abstinencia puede progresar a una forma muy grave de delirium caracterizada por confusión y desorientación, delirios y alucinaciones visuales, táctiles o auditivas prolongadas. En tales casos, también se debe asignar un diagnóstico separado de delirio inducido por el alcohol.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.40 Síndrome de abstinencia del alcohol, sin complicaciones

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para el síndrome de abstinencia del alcohol y el estado de abstinencia no se acompaña de trastornos perceptivos o convulsiones.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.41 Síndrome de abstinencia del alcohol, con alteración de la percepción

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para el síndrome de abstinencia del alcohol y el estado de abstinencia se acompaña de alteraciones perceptivas (por ejemplo, alucinaciones visuales o táctiles o ilusiones ópticas) con pruebas de realidad intacta. No hay evidencia de confusión y no se cumplen otros requisitos de diagnóstico para delirium. El estado de abstinencia no está acompañado de convulsiones.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.42 Síndrome de abstinencia del alcohol con convulsiones

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para el síndrome de abstinencia del alcohol y el estado de abstinencia está acompañado por convulsiones (es decir, convulsiones tónico-clónicas generalizadas), pero no por alteraciones perceptivas.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.43 Síndrome de abstinencia del alcohol con alteración de la percepción y convulsiones

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para el síndrome de abstinencia del alcohol y el estado de abstinencia se acompaña de convulsiones (es decir, convulsiones tónico-clónicas generalizadas) y alteraciones perceptivas (por ejemplo, alucinaciones visuales o táctiles o ilusiones ópticas) con pruebas de realidad intacta. No se cumplen los requisitos de diagnóstico para delirium.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.4Z Síndrome de abstinencia del alcohol, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.5 Delirium inducido por el consumo de alcohol

El delirium inducido por el alcohol se caracteriza por un estado agudo de atención y conciencia perturbada con características específicas del delirio que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de sustancias o durante el consumo del alcohol. La cantidad y duración del consumo de alcohol debe ser capaz de producir delirio. Las características específicas del delirio inducido por el alcohol pueden incluir alteración de la conciencia con desorientación, alucinaciones vívidas e ilusiones ópticas, insomnio, delirios, agitación, trastornos de la atención y temblor acompañante y síntomas fisiológicos de la abstinencia del alcohol. En algunos casos de abstinencia de alcohol, el estado de abstinencia puede progresar a una forma muy grave de delirio inducido por el alcohol. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el uso o la abstinencia de una sustancia diferente, o por otra condición de salud que no esté clasificada en los trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Inclusiones: delirium inducido por la abstinencia de alcohol
Delirium tremens (inducido por alcohol)

6C40.6 Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol

El trastorno psicótico inducido por el alcohol se caracteriza por síntomas psicóticos (p. ej., delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con alcohol o la abstinencia del alcohol. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación por alcohol o la abstinencia del alcohol. La cantidad y duración del consumo de alcohol debe ser capaz de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos precedieron al inicio del consumo de alcohol, si los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo después de la interrupción del consumo o la abstinencia del alcohol, o si existe otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de alcohol).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Inclusiones: Celos alcohólicos

6C40.60 Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol con alucinaciones

El trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol con alucinaciones se caracteriza por la presencia de alucinaciones que se consideran consecuencia directa del consumo de alcohol. No hay delirio ni otros síntomas psicóticos. Los síntomas no se presentan exclusivamente durante estados hipnagógicos o hipnopomáticos, no se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento (por ejemplo, esquizofrenia) y no se deben a otro trastorno o enfermedad clasificado en otro lugar (por ejemplo, epilepsias con síntomas visuales).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.61 Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol con delirios

El trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol con delirios se caracteriza por la presencia de delirios que se consideran consecuencia directa del consumo de alcohol. No hay alucinaciones ni otros síntomas psicóticos. Los síntomas no se presentan exclusivamente durante estados hipnagógicos o hipnopomáticos, no se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento (por ejemplo, esquizofrenia) y no se deben a otro trastorno o enfermedad clasificado en otro lugar (por ejemplo, epilepsias con síntomas visuales).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.62 Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol con síntomas psicóticos mixtos

El trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol con síntomas psicóticos mixtos se caracteriza por la presencia de múltiples síntomas psicóticos, principalmente alucinaciones y delirios, cuando se considera que son la consecuencia directa del consumo de alcohol. Los síntomas no se presentan exclusivamente durante estados hipnogógicos o hipnopomáticos, no se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento (por ejemplo, esquizofrenia) y no se deben a otro trastorno o enfermedad clasificado en otro lugar (por ejemplo, epilepsia con síntomas visuales).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.6Z Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.7 **Otros trastornos inducidos por el consumo de alcohol**

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Codificado en otra parte: Trastorno amnésico debido al consumo de alcohol (6D72.10)

Demencia por consumo de alcohol (6D84.0)

6C40.70 Trastorno del estado de ánimo inducido por el consumo de alcohol

El trastorno del estado de ánimo inducido por el consumo de alcohol se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, disminución de la participación en actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia del alcohol. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos del estado de ánimo característicos de la intoxicación por alcohol o el síndrome de abstinencia del alcohol. La cantidad y duración del consumo de alcohol deben ser capaces de producir síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido a la aparición del consumo de alcohol, si los síntomas persisten durante un tiempo considerable después del cese del consumo o la abstinencia del alcohol, o si hay otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de alcohol).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.71**Trastorno de ansiedad inducido por el consumo de alcohol**

El trastorno de ansiedad inducido por el consumo de alcohol se caracteriza por síntomas de ansiedad (por ejemplo, aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excesiva activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con alcohol o la abstinencia. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación por alcohol o la abstinencia. La cantidad y duración del consumo de alcohol deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad precedieron al inicio del consumo de alcohol, si los síntomas persisten durante un período de tiempo considerable después de la interrupción del uso o la abstinencia del alcohol, o si existe otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de alcohol).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de alcohol

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C40.Z Trastornos debidos al consumo de alcohol, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C41**Trastornos debidos al consumo de cannabis**

Los trastornos debidos al uso de cannabis, se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de cannabis. Además de la intoxicación por cannabis, el cannabis tiene propiedades inductoras de dependencia, lo que da como resultado la dependencia del cannabis en algunas personas y el síndrome de abstinencia cuando se reduce o suspende su uso. El cannabis está implicado en una amplia gama de daños que afectan a la mayoría de los órganos y sistemas del cuerpo, que pueden clasificarse como episodio único de consumo nocivo de cannabis y patrón nocivo de consumo de cannabis. Se incluye en las definiciones de uso nocivo del cannabis el daño a terceros que resulta del comportamiento durante la intoxicación por cannabis. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por el cannabis.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastornos debidos al consumo de cannabinoides sintéticos (6C42)

Consumo peligroso de cannabis (QE11.1)

6C41.0 Episodio de consumo nocivo de cannabis

Se trata de un episodio único de consumo de cannabis que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que han redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El daño a la salud del individuo ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de los demás incluye cualquier forma de daño físico, incluido un traumatismo o trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento debido a la intoxicación por cannabis por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de episodio único de uso nocivo. Este diagnóstico no debe utilizarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de cannabis.

Exclusiones: Dependencia del cannabis (6C41.2)
Patrón nocivo de consumo de cannabis (6C41.1)

6C41.1 Patrón nocivo de consumo de cannabis

Un patrón de consumo de cannabis que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha llevado a un comportamiento que puede dañar la salud de otras personas. El patrón de consumo de cannabis es evidente durante un período de al menos 12 meses si el uso es episódico o al menos un mes si es continuo (es decir, diariamente o casi a diario). El daño a la salud del individuo ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye cualquier forma de daño físico, incluido un traumatismo, o de trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por cannabis por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón de uso nocivo de cannabis.

Exclusiones: Dependencia del cannabis (6C41.2)
Episodio de consumo nocivo de cannabis (6C41.0)

6C41.10 Patrón nocivo de consumo de cannabis, episódico

Un patrón de consumo episódico o intermitente de cannabis que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha producido un comportamiento que ha causado daños a la salud de otras personas. El patrón de consumo episódico es evidente durante un período de al menos doce meses. El daño a la salud del individuo ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de los demás incluye cualquier forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por consumo de cannabis por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de cannabis.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabis (6C41.0)
Dependencia del cannabis (6C41.2)

6C41.11

Patrón nocivo de consumo de cannabis, continuo

Un patrón de consumo continuo (a diario o casi a diario) de cannabis que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha causado un comportamiento que ha llevado a un daño para la salud de otras personas. El patrón de uso continuo de cannabis es evidente durante un período de al menos un mes. El daño puede ser causado por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; y 3) vía perjudicial de administración. El daño a terceros incluye cualquier forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda ser atribuido de manera directa a un comportamiento relacionado con la intoxicación por cannabis por parte de la persona a la que se le está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de cannabis, continuo.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabis (6C41.0)
Dependencia del cannabis (6C41.2)

6C41.1Z

Patrón nocivo de consumo de cannabis, sin especificación

6C41.2**Dependencia del cannabis**

La dependencia del cannabis es un trastorno de regulación del consumo de cannabis derivado de la utilización repetida o continua de dicha sustancia. Su característica central es un impulso interno fuerte de consumir cannabis, que se manifiesta por una disminución de la capacidad para controlar el consumo, por una prioridad cada vez mayor que se da al consumo de cannabis sobre otras actividades o por la persistencia del consumo a pesar del daño y las consecuencias adversas. Estas experiencias a menudo se ven acompañadas de una sensación subjetiva de ansia o necesidad imperiosa de consumir cannabis. Pueden estar presentes las características psicológicas de la dependencia, como la tolerancia a los efectos del cannabis, los síntomas de abstinencia tras el cese o la reducción del consumo, o el consumo reiterado de cannabis o sustancias farmacológicas similares para prevenir o aliviar los síntomas de la abstinencia. Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico puede hacerse si el consumo de cannabis es continuo (a diario o casi a diario) durante al menos un mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabis (6C41.0)
Patrón nocivo de consumo de cannabis (6C41.1)

6C41.20

Dependencia del cannabis, consumo actual

Dependencia actual del cannabis con consumo dentro del último mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabis (6C41.0)
Patrón nocivo de consumo de cannabis (6C41.1)

6C41.21

Dependencia del cannabis, remisión completa temprana

Después de un diagnóstico de dependencia del cannabis, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir cannabis durante un período entre 1 y 12 meses.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabis (6C41.0)
Patrón nocivo de consumo de cannabis (6C41.1)

6C41.22 Dependencia del cannabis, remisión parcial prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia del cannabis, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del consumo de cannabis durante más de 12 meses, de manera que aunque ha habido consumo de cannabis durante este período, no se han cumplido los requisitos de la definición de dependencia.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabis (6C41.0)
Patrón nocivo de consumo de cannabis (6C41.1)

6C41.23 Dependencia del cannabis, remisión completa prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia del cannabis, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), la persona se ha abstenido de consumir cannabis durante 12 meses o más.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabis (6C41.0)
Patrón nocivo de consumo de cannabis (6C41.1)

6C41.2Z Dependencia del cannabis, sin especificación

6C41.3 Intoxicación por cannabis

La intoxicación por cannabis es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco tiempo después del consumo de cannabis y se caracteriza por alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos del cannabis y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad de cannabis consumida, y tienen un límite de tiempo y disminuyen a medida que el cannabis se elimina del cuerpo. Las características de presentación pueden incluir euforia inapropiada, atención alterada, juicio deficiente, alteraciones de la percepción (como sensación de flotación, percepción alterada del tiempo), cambios en la sociabilidad, aumento del apetito, ansiedad, intensificación de experiencias ordinarias y deterioro de la memoria a corto plazo. Los signos físicos incluyen inyección conjuntival (ojos rojos o inyectados en sangre) y taquicardia.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Inclusiones: "Mal viaje" (canabinoides)

Exclusiones: Trastorno de trance y posesión (6B63)
Envenenamiento por canabinoides

6C41.4 Síndrome de abstinencia del cannabis

El síndrome de abstinencia del cannabis es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y características fisiológicas que varían en su grado de intensidad y duración, que se producen en el cese o la reducción del consumo de cannabis en individuos que han desarrollado dependencia fisiológica, o que han consumido cannabis durante un período prolongado o en grandes cantidades. Las características comunes de la abstinencia de cannabis incluyen irritabilidad, enojo, temblores, insomnio, inquietud, ansiedad, ánimo disfórico, trastornos del apetito, espasmos abdominales y dolores musculares.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C41.5 Delirium inducido por el consumo de cannabis

El delirium inducido por el consumo de cannabis se caracteriza por un estado agudo de alteración de la atención y conciencia con características específicas de delirio que se desarrolla durante o poco después del consumo, la intoxicación o la abstinencia. La cantidad y duración del consumo de cannabis deben ser suficientes para producir un delirio. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de otra sustancia distinta, o por otra afección de salud que no esté clasificada como un trastorno mental, neurológico o del comportamiento.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C41.6 Trastorno psicótico inducido por el consumo de cannabis

El trastorno psicótico inducido por el consumo de cannabis se caracteriza por síntomas psicóticos (p. ej., delirio, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia del cannabis. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación por cannabis o la abstinencia de cannabis. La cantidad y duración del consumo de cannabis deben ser capaces de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, esquizofrenia o trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido el inicio del consumo de cannabis, si los síntomas persistieran durante un período sustancial de tiempo después de la interrupción del consumo o la abstinencia, o si hubiera otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de cannabis).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C41.7 Otros trastornos inducidos por el consumo de cannabis

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C41.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de cannabis

El trastorno estado del ánimo inducido por el consumo de cannabis se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, disminución de la participación en actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos del estado de ánimo característicos de la intoxicación por cannabis o la abstinencia de cannabis. La cantidad y duración del consumo de cannabis deben ser capaces de producir los síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido al inicio del consumo de cannabis, si los síntomas persistieran durante un tiempo considerable después del cese del uso o la abstinencia, o si existiera otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de cannabis).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C41.71 Trastorno de ansiedad inducido por el consumo de cannabis

El trastorno de ansiedad inducido por el consumo de cannabis se caracteriza por síntomas de ansiedad (p. ej., aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de exceso de activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación por cannabis o la abstinencia de cannabis. La cantidad y duración del consumo de cannabis deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido al inicio del consumo de cannabis, si los síntomas persistieran durante un período de tiempo considerable después del cese del consumo o la abstinencia de cannabis, o si existiera otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de cannabis).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C41.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de cannabis

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C41.Z Trastornos debidos al consumo de cannabis, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C42**Trastornos debidos al consumo de canabinoides sintéticos**

Los trastornos debidos al consumo de canabinoides sintéticos se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de canabinoides sintéticos. Además de la intoxicación, los canabinoides sintéticos tienen propiedades que inducen la dependencia, lo que puede llevar a la dependencia de estas sustancias en algunas personas y al síndrome de abstinencia cuando se reduce o discontinúa su consumo. Los canabinoides sintéticos están involucrados en una amplia gama de daños que afectan la mayor parte de los órganos y sistemas del cuerpo, que se pueden clasificar como episodio único de consumo de canabinoides y patrón nocivo de consumo de canabinoides sintéticos. El daño a terceros como consecuencia del comportamiento durante la intoxicación por canabinoides sintéticos se incluye en la definición del consumo nocivo de canabinoides sintéticos. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por el consumo de canabinoides sintéticos.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastornos debidos al consumo de cannabis (6C41)

6C42.0**Episodio de consumo nocivo de cannabinoides sintéticos**

Se trata de un episodio único de consumo de cannabinoides sintéticos que haya producido daño para la salud física o mental de una persona, o bien que haya provocado un comportamiento que haya llevado a un daño a la salud de los demás. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos o sistemas del cuerpo; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea atribuible directamente al comportamiento debido a la intoxicación por cannabinoides sintéticos por parte de la persona a la que se le está dando el diagnóstico de episodio único de consumo nocivo de cannabinoides sintéticos. Este diagnóstico no debe hacerse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de cannabinoides sintéticos.

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos
(6C42.1)
Dependencia de los cannabinoides sintéticos (6C42.2)

6C42.1**Patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos**

Se trata de un patrón de consumo de cannabinoides sintéticos que ha causado un daño a la salud física o mental de una persona o que ha causado un comportamiento que ha llevado a un daño para la salud de otras personas. El patrón de consumo de cannabinoides sintéticos es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico y al menos un mes si el consumo es continuo (es decir, diario o casi a diario). El daño a la salud de la persona puede ser causado por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento en relación con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos o sistemas del cuerpo; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda ser atribuido directamente al comportamiento por la intoxicación por cannabinoides sintéticos por parte de la persona a la cual se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabinoides sintéticos
(6C42.0)
Dependencia de los cannabinoides sintéticos (6C42.2)

6C42.10 Patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos, episódico
 Se trata de un patrón de consumo episódico o intermitente de cannabinoides sintéticos que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha llevado a un comportamiento que ha causado daño a la salud de otras personas. El patrón de consumo episódico de cannabinoides sintéticos es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud de la persona puede ser causado por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos o sistemas del cuerpo; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que se pueda atribuir directamente al comportamiento relacionado con la intoxicación por cannabinoides sintéticos por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabinoides sintéticos (6C42.0)
 Dependencia de los cannabinoides sintéticos (6C42.2)

6C42.11 Patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos, continuo
 Se trata de un patrón de consumo continuo (diario o casi a diario) de cannabinoides sintéticos que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha llevado a un comportamiento que ha causado daño a la salud de otras personas. El patrón de consumo continuo de cannabinoides sintéticos es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud de la persona puede ser causado por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos o sistemas del cuerpo; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que se pueda atribuir directamente al comportamiento relacionado con la intoxicación por cannabinoides sintéticos por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabinoides sintéticos (6C42.0)
 Dependencia de los cannabinoides sintéticos (6C42.2)

6C42.1Y Otro patrón nocivo especificado de consumo de cannabinoides sintéticos

6C42.1Z Patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos, sin especificación

6C42.2**Dependencia de los cannabinoides sintéticos**

La dependencia de cannabinoides sintéticos es un trastorno de regulación del consumo de cannabinoides sintéticos debido a su consumo repetido o continuo. Su característica central es un fuerte impulso interno para consumir cannabinoides sintéticos, que se manifiesta por disminución de la capacidad para controlar el consumo, priorización cada vez mayor del consumo de cannabinoides sintéticos sobre otras actividades, y persistencia del consumo a pesar del daño y las consecuencias negativas. Estas experiencias a menudo se ven acompañadas de un deseo o necesidad imperiosa de consumir cannabinoides sintéticos. También pueden estar presentes las características fisiológicas de la dependencia, lo que incluye la tolerancia a los efectos de los cannabinoides sintéticos, síntomas de abstinencia tras el cese o la reducción del consumo, o consumo reiterado de cannabinoides sintéticos o sustancias farmacológicas similares para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia. Las características de la dependencia son evidentes usualmente durante un período de al menos 12 meses, pero se puede aplicar el diagnóstico si el consumo de cannabinoides sintéticos es continuo (diario o casi a diario) durante al menos un mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabinoides sintéticos
(6C42.0)
Patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos
(6C42.1)

6C42.20

Dependencia de cannabinoides sintéticos, consumo actual

Dependencia actual de cannabinoides sintéticos con consumo dentro del último mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabinoides sintéticos
(6C42.0)
Patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos
(6C42.1)

6C42.21

Dependencia de cannabinoides sintéticos, remisión completa temprana

Después de un diagnóstico de dependencia de cannabinoides sintéticos, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir cannabinoides sintéticos durante un período de entre 1 y 12 meses.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabinoides sintéticos
(6C42.0)
Patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos
(6C42.1)

6C42.22 Dependencia de cannabinoides sintéticos, remisión parcial prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de cannabinoides sintéticos, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa en el consumo de cannabinoides sintéticos durante más de 12 meses, de manera que a pesar de que se puede haber producido consumo de cannabinoides sintéticos durante ese período, no se han cumplido los requisitos que definen la dependencia.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabinoides sintéticos (6C42.0)
Patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos (6C42.1)

6C42.23 Dependencia de cannabinoides sintéticos, remisión completa prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de cannabinoides sintéticos, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), la persona se ha abstenido de consumir cannabinoides sintéticos durante 12 meses o más.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cannabinoides sintéticos (6C42.0)
Patrón nocivo de consumo de cannabinoides sintéticos (6C42.1)

6C42.2Y Otra dependencia especificada de cannabinoides sintéticos

6C42.2Z Dependencia de cannabinoides sintéticos, sin especificación

6C42.3 Intoxicación por cannabinoides sintéticos

La intoxicación por cannabinoides sintéticos es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco tiempo después del consumo de cannabinoides sintéticos y se caracteriza por alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento, o la coordinación. Estas alteraciones están causadas por los efectos farmacológicos conocidos de los cannabinoides sintéticos y su intensidad se relaciona estrechamente con la cantidad consumida. Estos efectos duran un período limitado y disminuyen a medida que se eliminan los cannabinoides del cuerpo. Algunas de las características son euforia, atención deficiente, juicio deficiente, alteraciones perceptivas (como la sensación de flotar o una percepción alterada del tiempo), cambios en la sociabilidad, mayor apetito, ansiedad, intensificación de las experiencias ordinarias, problemas de memoria a corto plazo y lentitud motora. Los signos físicos incluyen congestión conjuntival (ojos enrojecidos u ojos inyectados en sangre) y taquicardia. La intoxicación por cannabinoides sintéticos también puede causar delirium o psicosis aguda.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C42.4 Síndrome de abstinencia de los cannabinoides sintéticos

El síndrome de abstinencia de los cannabinoides sintéticos es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y características fisiológicas que se producen, con distinto grado de intensidad o duración, en el cese o la reducción del consumo de cannabinoides sintéticos en los individuos que han desarrollado dependencia fisiológica o que han consumido cannabinoides sintéticos durante un período prolongado o en grandes cantidades. Las características comunes de la abstinencia a los cannabinoides sintéticos incluyen irritabilidad, enojo, agresión, temblores, insomnio y sueños perturbadores, inquietud, ansiedad, estado de ánimo deprimido y trastornos del apetito. En su fase más temprana, este síndrome puede estar acompañado por efectos residuales de la intoxicación causada por estas drogas, como ideación paranoide y alucinaciones auditivas y visuales.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C42.5 Delirium inducido por el consumo de cannabinoides sintéticos

El delirium inducido por el consumo de cannabinoides sintéticos se caracteriza por un estado agudo de alteración de la atención y conciencia con características específicas de delirio durante y poco después de la intoxicación por cannabinoides sintéticos. La cantidad o duración del consumo de cannabinoides sintéticos deben ser suficientes para producir delirio. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental primario o por el consumo o abstinencia de otra sustancia, ni por otra enfermedad que no esté clasificada como un trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C42.6 Trastorno psicótico inducido por el consumo de cannabinoides sintéticos

El trastorno psicótico inducido por el consumo de cannabinoides sintéticos se caracteriza por síntomas psicóticos (por ejemplo, ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento groseramente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia del consumo de cannabinoides sintéticos. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a las perturbaciones de percepción, cognición o comportamiento de tipo psicótico que son características de la intoxicación por cannabinoides sintéticos o la abstinencia. La cantidad y duración del consumo de cannabinoides sintéticos deben poder producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido al inicio del consumo de cannabinoides sintéticos, si los síntomas persistieran durante un período sustancial después del cese del consumo o la abstinencia, o si existiera otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., antecedentes de episodios previos no asociados con el consumo de cannabinoides sintéticos).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C42.7 Otros trastornos inducidos por el consumo de cannabinoides sintéticos

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C42.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de cannabinoides sintéticos

El trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de cannabinoides sintéticos se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, disminución de la participación en actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de los cannabinoides sintéticos. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos del estado de ánimo característicos de la intoxicación por cannabinoides sintéticos o el síndrome de abstinencia. La cantidad y la duración del consumo de cannabinoides sintéticos deben ser capaces de producir síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido al inicio del uso de cannabinoides sintéticos, si los síntomas persistieran durante un tiempo después del cese del consumo o la abstinencia, o si existiera otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de cannabinoides sintéticos).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C42.71 Trastorno de ansiedad inducido por el consumo de cannabinoides sintéticos

El trastorno de ansiedad inducido por el consumo de cannabinoides sintéticos se caracteriza por síntomas de ansiedad (p. ej., aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excesiva activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación o la abstinencia de cannabinoides sintéticos. La cantidad y duración del consumo de cannabinoides sintéticos deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido al inicio del consumo de cannabinoides sintéticos, si los síntomas persistieran durante un período de tiempo considerable después del cese del consumo o la abstinencia, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de cannabinoides sintéticos).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Trastornos debidos al consumo de opioides

Los trastornos debidos al consumo de opioides se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de opioides. Además de la posibilidad de producir intoxicación, los opioides tienen propiedades que producen la dependencia, lo que lleva a la dependencia en algunas personas y al síndrome de abstinencia cuando se reduce o se discontinúa el consumo. Los opioides están involucrados en una amplia gama de efectos dañinos que afectan la mayor parte de los órganos y sistemas del cuerpo, que se pueden clasificar como consumo nocivo de opioides y patrón nocivo de consumo de opioides. El daño a otras personas ocasionado por el comportamiento durante la intoxicación con opioides se incluye en las definiciones de consumo dañino de opioides. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por el consumo de opioides.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Consumo peligroso de opioides (QE11.0)

6C43.1 Patrón nocivo de consumo de opioides

Se trata de un patrón de consumo de opioides que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o bien ha provocado un comportamiento que ha llevado a daño a la salud de otras personas. El patrón de consumo de opioides es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico o de al menos un mes si el consumo es continuo (es decir, a diario o casi a diario). El daño a la salud de la persona ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos o sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, como los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por opioides de la persona a la cual se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de opioides.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de opioides (6C43.0)
Dependencia de los opioides (6C43.2)

6C43.10 Patrón nocivo de consumo de opioides, episódico

Se trata de un patrón de consumo episódico o intermitente de opioides que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o bien ha provocado un comportamiento que ha llevado a daño a la salud de otras personas. El patrón de consumo episódico de opioides es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud de la persona ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos o sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, como los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por opioides de la persona a la cual se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de opioides.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de opioides (6C43.0)
Dependencia de los opioides (6C43.2)

- 6C43.11** Patrón nocivo de consumo de opioides, continuo
- Se trata de un patrón de consumo continuo (a diario o casi a diario) de opioides que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o bien ha provocado un comportamiento que ha llevado a daño a la salud de otras personas. El patrón de consumo continuo de opioides es evidente durante un período de al menos un mes. El daño a la salud de la persona ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos o sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, como los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por opioides de la persona a la cual se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de opioides.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de opioides (6C43.0)
Dependencia de los opioides (6C43.2)
- 6C43.1Z** Patrón nocivo de consumo de opioides, sin especificación
- 6C43.2** **Dependencia de los opioides**
- La dependencia de los opioides u opiáceos es un trastorno de la regulación del consumo de opioides derivado del consumo repetido o continuo de opioides. Su característica central es un impulso interno fuerte a consumir opiáceos que se manifiesta por la disminución de la capacidad para controlar el consumo, la priorización del consumo por encima de otras actividades y la persistencia del consumo a pesar del daño y las consecuencias negativas. Estas experiencias a menudo se ven acompañadas por una sensación subjetiva de deseo o necesidad imperiosa de consumir opioides. También pueden estar presentes otras características fisiológicas de la dependencia, como la tolerancia a los efectos de los opioides, los síntomas de abstinencia tras el cese o la reducción del consumo, o el consumo reiterado de opioides o sustancias farmacológicas similares a fin de prevenir o aliviar los síntomas de la abstinencia. Las características de la dependencia son evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero también se puede utilizar este diagnóstico si el uso es continuo (a diario o casi a diario) durante al menos un mes.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de opioides (6C43.0)
Patrón nocivo de consumo de opioides (6C43.1)
- 6C43.20** Dependencia de los opioides, consumo actual
Dependencia de los opioides, con consumo dentro del último mes
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de opioides (6C43.0)
Patrón nocivo de consumo de opioides (6C43.1)
- 6C43.21** Dependencia de los opioides, remisión completa temprana
- Después de un diagnóstico de dependencia de los opioides, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir opioides durante un periodo de entre 1 y 12 meses.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de opioides (6C43.0)
Patrón nocivo de consumo de opioides (6C43.1)

6C43.22

Dependencia de los opioides, remisión parcial prolongada

Después de un diagnóstico de dependencia de los opioides, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del consumo de opioides por más de 12 meses, de forma tal que aunque haya habido un consumo de opioides durante ese periodo, no se cumplen los requisitos de definición de la dependencia.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de opioides (6C43.0)
Patrón nocivo de consumo de opioides (6C43.1)

6C43.23

Dependencia de los opioides, remisión completa prolongada

Después de un diagnóstico de dependencia de los opioides, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir opioides por 12 meses o más.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de opioides (6C43.0)
Patrón nocivo de consumo de opioides (6C43.1)

6C43.2Z

Dependencia de los opioides, sin especificación

6C43.3**Intoxicación por opioides**

La intoxicación por opioides es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco después del consumo de opioides y se caracteriza por alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento y la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de los opioides y su intensidad se relaciona estrechamente con la cantidad consumida. Estos efectos duran un período limitado y disminuyen a medida que se eliminan los opioides del cuerpo. Las características comunes pueden incluir somnolencia, cambios del estado de ánimo (euforia inapropiada seguida de apatía y disforia), movimientos reducidos, alteraciones del juicio, depresión respiratoria, dificultad para hablar, y deterioro de la memoria y la atención. En el caso de una intoxicación grave se puede producir coma. Un signo físico característico es la miosis, pero este signo puede estar ausente cuando la intoxicación se debe a opiáceos sintéticos. La intoxicación grave puede causar la muerte por insuficiencia respiratoria grave.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de trance y posesión (6B63)
Envenenamiento por opioides

6C43.4 Síndrome de abstinencia de los opioides

El síndrome de abstinencia de los opioides es grupo clínicamente significativo de síntomas, comportamientos o características físicas que varían en su intensidad y duración y que ocurren al cesar o reducir el consumo de opioides en individuos que han desarrollado una dependencia o han consumido opioides por un periodo prolongado o en grandes cantidades. Este síndrome también puede ocurrir cuando se han consumido opioides en las dosis terapéuticas estándares. Las características comunes pueden incluir el estado de ánimo disfórico, la necesidad imperiosa de consumir opioides, ansiedad, náuseas o vómitos, espasmos estomacales, dolores musculares, bostezos, sudoración, sofocones o escalofríos, lagrimeo, rinorrea, hipersomnolia (generalmente en la fase inicial) o insomnio, diarrea y piloerección.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C43.5 Delirium inducido por el consumo de opioides

El delirium inducido por el consumo de opioides se caracteriza por un estado agudo de atención y conciencia alteradas con características específicas del delirio, que se desarrolla durante o poco después de la intoxicación o abstinencia o durante el consumo de opioides. La cantidad y duración del consumo de opioides deben ser capaces de producir delirio. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de una sustancia diferente, o por otra condición de salud que no está clasificada en los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Inclusiones: delirium inducido por la abstinencia de opioides

6C43.6 Trastorno psicótico inducido por el consumo de opioides

El trastorno psicótico inducido por el consumo de opioides se caracteriza por síntomas psicóticos (p. ej., delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o de la abstinencia. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación por opioides o el síndrome de abstinencia. La cantidad y la duración del consumo de opioides deben ser capaces de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., esquizofrenia o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido al inicio del uso de opioides, si los síntomas persistieran durante un periodo sustancial de tiempo después del cese del consumo o la abstinencia, o si hubiera otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de opioides).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C43.7 Otros trastornos inducidos por el consumo de opioides

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C43.70

Trastorno del estado de ánimo inducido por opioides

El trastorno del estado de ánimo inducido por opioides se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, disminución de la participación en actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos del estado de ánimo característicos de la intoxicación por opioides o el síndrome de abstinencia. La cantidad y la duración del uso de opioides deben ser capaces de producir síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido al inicio del uso de opioides, si los síntomas persistieran durante un período considerable después del cese del consumo o la abstinencia, o si hubiera otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de opioides).

6C43.71

Trastorno de ansiedad inducido por opioides

El trastorno de ansiedad inducido por opioides se caracteriza por síntomas de ansiedad (por ejemplo, aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excesiva activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia. La intensidad o duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación por opioides o el síndrome de abstinencia. La cantidad y la duración del consumo de opioides deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido al inicio del consumo de opioides, si los síntomas persistieran durante un período de tiempo considerable después del cese del consumo o la abstinencia, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de opioides).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C43.0 Episodio de consumo nocivo de opioides

Se trata de un episodio único de consumo de opioides que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o bien ha provocado un comportamiento que ha llevado a daño a la salud de otras personas. El daño a la salud de la persona ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos o sistemas del cuerpo; 3) vía dañina de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, como los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por opioides de la persona a la cual se aplica el diagnóstico de episodio único de consumo nocivo de opioides. Este diagnóstico no debe usarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de opioides.

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de opioides (6C43.1)
Dependencia de los opioides (6C43.2)

6C43.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de opioides

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C43.Z Trastornos debidos al consumo de opioides, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C44**Trastornos debidos al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

Los trastornos debidos al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se caracterizan por el patrón y las consecuencias del uso de sedantes. Además de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los sedantes tienen propiedades que inducen a la dependencia, lo que provoca dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en algunas personas y el síndrome de abstinencia cuando el uso se reduce o se discontinúa. Los sedantes están implicados en una amplia gama de daños que afectan a la mayoría de los órganos y sistemas del cuerpo, que pueden clasificarse como episodio único de consumo nocivo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y patrones nocivos de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. El daño a otros como resultado del comportamiento durante la intoxicación sedante, hipnótica o ansiolítica se incluye en las definiciones de consumo nocivo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por sedantes y formas de deterioro neurocognitivo relacionadas con los sedantes.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Consumo peligroso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (QE11.2)

6C44.0**Episodio de consumo nocivo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

Se trata de un episodio único de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o bien ha provocado un comportamiento que ha llevado a daño a la salud de otras personas. El daño a la salud de la persona ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos o sistemas del cuerpo; 3) vía dañina de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, como los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos de la persona a la cual se aplica el diagnóstico de episodio único de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Exclusiones: Dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.2)

Patrón nocivo de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.1)

6C44.1**Patrón nocivo de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

Se trata de un patrón de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o bien ha provocado un comportamiento que ha llevado a daño a la salud de otras personas. El patrón de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico o de al menos un mes si el consumo es continuo (es decir, a diario o casi a diario). El daño puede ser causado por los efectos intoxicantes de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, por los efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo, o por una vía perjudicial de administración.

Exclusiones: Dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.2)

Episodio de consumo nocivo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.0)

6C44.10**Patrón nocivo de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, episódico**

Se trata de un patrón de uso episódico o intermitente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que ha causado un daño clínicamente significativo para la salud física o mental de una persona o en el que el comportamiento inducido por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ha causado un daño clínicamente significativo para la salud de otras personas. El patrón de uso episódico o intermitente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño puede ser causado por los efectos intoxicantes de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo, o una vía perjudicial de administración.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.0)

Dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.2)

6C44.11 Patrón nocivo de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, continuo
 Se trata de un patrón de consumo continuo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (a diario o casi a diario) que ha causado un daño clínicamente significativo para la salud física o mental de una persona o en el que el comportamiento inducido por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ha causado un daño clínicamente significativo para la salud de otros. El patrón de consumo continuo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es evidente durante un período de al menos un mes. El daño puede ser causado por los efectos intoxicantes de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo, o una vía perjudicial de administración.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.0)

Dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.2)

6C44.1Z Patrón nocivo de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin especificación

6C44.2 Dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

La dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es un trastorno de la regulación del consumo que surge del uso repetido o continuo de estas sustancias. El rasgo característico es un fuerte impulso interno de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, que se manifiesta por una incapacidad de controlar el uso, aumento de la prioridad otorgada al consumo sobre otras actividades y persistencia del consumo a pesar del daño o las consecuencias negativas. Estas experiencias suelen ir acompañadas de una sensación subjetiva de necesidad o deseo imperiosos de consumir estas sustancias. También pueden estar presentes características fisiológicas de la dependencia, incluida la tolerancia a los efectos de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los síntomas de abstinencia después del cese o la reducción del consumo, o el consumo repetido de sedantes o sustancias farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de la abstinencia. Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico se puede hacer si el uso de sedantes es continuo (a diario o casi diario) durante al menos 1 mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.0)

Patrón nocivo de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.1)

6C44.20 Dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consumo actual
 Dependencia actual de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con consumo de un sedante, hipnótico o ansiolítico dentro del último mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.0)

Patrón nocivo de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.1)

- 6C44.21** Dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, remisión temprana completa
Después un diagnóstico de dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos durante un período de entre 1 y 12 meses.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.0)
Patrón nocivo de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.1)
- 6C44.22** Dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, remisión parcial prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos durante más de 12 meses, de manera que aunque pueda haber habido algún consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos durante ese período, no se han cumplido los requisitos de definición de la dependencia.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.0)
Patrón nocivo de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.1)
- 6C44.23** Dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, remisión completa prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), la persona se ha abstenido de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos durante 12 meses o más.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.0)
Patrón nocivo de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.1)
- 6C44.2Z** Dependencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin especificación

6C44.3 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

La intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos y su intensidad está estrechamente relacionada con las cantidades consumidas. Estos efectos tienen una duración limitada y disminuyen a medida que estas sustancias son eliminadas del cuerpo. Las características comunes de presentación pueden incluir somnolencia, deterioro del juicio, dificultad para hablar, alteración de la coordinación motora, marcha inestable, cambios del estado de ánimo, y deterioro de la memoria, la atención y la concentración. Un signo físico habitual es el nistagmo (movimientos oculares repetitivos e incontrolables).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Inclusiones: "Mal viaje" (sedantes, hipnóticos o ansiolíticos)

Exclusiones: Trastorno de trance y posesión (6B63)
Envenenamiento por sedantes, hipnóticos y otros depresores del SNC

6C44.4 Síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

El síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos o características fisiológicas que varían en cuanto a su intensidad y duración, y que se producen en la cesación o reducción del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en individuos que han desarrollado dependencia fisiológica o que han tomado sedantes, hipnóticos o ansiolíticos durante un período prolongado o en grandes cantidades. Puede haber también síndrome de abstinencia cuando los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos han sido recetados y usados en dosis terapéuticas estándares. Las características comunes de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden incluir ansiedad, agitación psicomotora, insomnio, mayores temblores en las manos, náuseas o vómitos, alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas o ilusiones ópticas. Puede haber signos de hiperactividad autonómica o hipotensión postural. El estado de abstinencia puede verse complicado por convulsiones. Con menos frecuencia puede haber progresión a una forma más grave de delirium caracterizada por confusión y desorientación, ideas delirantes y alucinaciones visuales, táctiles o auditivas más prolongadas. En estos casos se debe asignar un diagnóstico por separado de delirium inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C44.40 Síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin complicaciones
Se cumplen todos los requisitos de la definición del síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y el estado de abstinencia no está acompañado de alteraciones perceptuales ni convulsiones.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C44.41 Síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alteraciones perceptuales

Se cumplen todos los requisitos del síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y el estado de abstinencia está acompañado de alteraciones perceptuales (por ejemplo, alucinaciones visuales o táctiles, o ilusiones ópticas) con una prueba de la realidad intacta. No hay indicios de confusión y no se cumplen los requisitos del delirium. El estado de abstinencia no está acompañado de convulsiones.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C44.42 Síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con convulsiones

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para el síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y el estado de abstinencia se acompaña de convulsiones (es decir, convulsiones tónico-clónicas generalizadas), pero no de perturbaciones perceptivas.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C44.43 Síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alteraciones perceptuales y convulsiones

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para el síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y el estado de abstinencia se acompaña de convulsiones (es decir, convulsiones tónico-clónicas generalizadas) y alteraciones perceptivas (por ejemplo, alucinaciones visuales o táctiles o ilusiones ópticas) con pruebas de realidad intacta. Los requisitos del diagnóstico para el delirium no se cumplen.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C44.4Z Síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C44.5 Delirium inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

El delirium inducido por sedantes, hipnótico o ansiolítico se caracteriza por un estado agudo de atención y conciencia perturbadas con características específicas del delirio que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia o durante el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Las características específicas del delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden incluir confusión y desorientación, delirios paranoides y alucinaciones visuales, táctiles o auditivas recurrentes. La cantidad y la duración del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos deben ser capaces de producir delirio. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de una sustancia diferente, o por otra afección de salud que no esté clasificada en los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Inclusiones: delirium inducido por la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

6C44.6 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Los trastornos psicóticos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se caracterizan por síntomas psicóticos (p. ej., delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación o la abstinencia por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La cantidad y duración del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos deben ser capaces de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido al inicio del consumo del sedante, hipnótico o ansiolítico, si los síntomas persistieran un período considerable después de la interrupción del consumo o la retirada de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o si existiese otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., un historial de episodios anteriores no asociados con sedantes, hipnóticos o uso ansiolítico).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C44.7 Otros trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Codificado en otra parte: Trastorno amnésico debido al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6D72.11)

Demencia por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6D84.1)

6C44.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

El trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo elevado o deprimido, disminución del compromiso con actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos del estado de ánimo característicos de la intoxicación o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos debe ser capaz de producir síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido al inicio del uso del sedante, hipnótico o ansiolítico, si los síntomas persistieran durante un período considerable después del cese del consumo del sedante, el uso hipnótico o ansiolítico o la abstinencia, o si existiese otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C44.71

Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

El trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se caracteriza por síntomas de ansiedad (por ejemplo, aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excesiva activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido el inicio del consumo del sedante, hipnótico o ansiolítico, si los síntomas persistieran durante un período considerable después del cese o el retiro del sedante, hipnótico o ansiolítico, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C44.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C44.Z Trastornos debidos al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45

Trastornos debidos al consumo de cocaína

Los trastornos debidos al consumo de cocaína se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de cocaína. Además de la intoxicación por cocaína, la cocaína tiene propiedades que inducen a la dependencia, lo que lleva a la dependencia en algunas personas y al síndrome de abstinencia cuando se reduce o discontinúa el consumo. La cocaína puede causar una amplia gama de lesiones que afectan a la mayor parte de los órganos y sistemas del cuerpo, que se pueden clasificar como episodio único de consumo nocivo de cocaína y patrón nocivo de consumo de cocaína. El daño a terceros causado por el comportamiento durante la intoxicación por cocaína se incluye en las definiciones de consumo nocivo de cocaína. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por la cocaína.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastornos debidos al consumo de estimulantes incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46)

Consumo peligroso de cocaína (QE11.3)

6C45.0 Episodio de consumo nocivo de cocaína

Se trata de un episodio único de consumo de cocaína que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El daño a la salud de la persona puede deberse a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que puedan atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por cocaína por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de episodio único de consumo nocivo de cocaína. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de cocaína.

Exclusiones: Dependencia de la cocaína (6C45.2)
Patrón nocivo de consumo de cocaína (6C45.1)

6C45.1 Patrón nocivo de consumo de cocaína

Se trata de un patrón de consumo de cocaína que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de cocaína es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico y al menos un mes si el consumo es continuo (diario o casi a diario). El daño a la salud de la persona puede deberse a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que puedan atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por cocaína por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de cocaína.

Exclusiones: Dependencia de la cocaína (6C45.2)
Episodio de consumo nocivo de cocaína (6C45.0)

6C45.10 Patrón nocivo de consumo de cocaína, episódico

Se trata de un patrón de consumo episódico o intermitente de consumo de cocaína que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo episódico o intermitente cocaína es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud de la persona puede deberse a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que puedan atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por cocaína por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de cocaína.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cocaína (6C45.0)
Dependencia de la cocaína (6C45.2)

6C45.11

Patrón nocivo de consumo de cocaína, continuo

Se trata de un patrón de consumo de cocaína continua (a diario o casi a diario) que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El daño a la salud de la persona puede deberse a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que puedan atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por cocaína por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo cocaína.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cocaína (6C45.0)
Dependencia de la cocaína (6C45.2)

6C45.1Z

Patrón nocivo de consumo de cocaína, sin especificación

6C45.2**Dependencia de la cocaína**

La dependencia de la cocaína es un trastorno de la regulación del consumo de la cocaína que surge de su consumo repetido o continuo. El rasgo característico es un fuerte impulso interno para consumir cocaína, que se manifiesta por la incapacidad para controlar el consumo, aumento de la prioridad que se da al consumo sobre otras actividades y persistencia del consumo a pesar del daño o las consecuencias negativas. Estas experiencias suelen ir acompañadas de una sensación subjetiva de impulso o necesidad imperiosa de consumir cocaína. Las características fisiológicas de la dependencia también pueden estar presentes, incluida la tolerancia a los efectos de la cocaína, los síntomas de abstinencia después del cese o la reducción en el consumo, o el consumo repetido de cocaína o sustancias farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de la abstinencia. Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico se puede hacer si el consumo de cocaína es continuo (diario o casi diario) durante al menos 1 mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cocaína (6C45.0)
Patrón nocivo de consumo de cocaína (6C45.1)

6C45.20

Dependencia de la cocaína, consumo actual

Dependencia actual de la cocaína con consumo de cocaína en el último mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cocaína (6C45.0)
Patrón nocivo de consumo de cocaína (6C45.1)

6C45.21

Dependencia de la cocaína, remisión completa temprana

Después de un diagnóstico de dependencia de la cocaína, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir cocaína durante un período de entre 1 y 12 meses.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cocaína (6C45.0)
Patrón nocivo de consumo de cocaína (6C45.1)

6C45.22 Dependencia de la cocaína, remisión parcial prolongada
Después de un diagnóstico de la dependencia de cocaína, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa en el consumo de cocaína durante más de 12 meses, de manera tal que a pesar de que haya habido consumo de cocaína durante este período, no se han cumplido los requisitos de definición para la dependencia.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cocaína (6C45.0)
Patrón nocivo de consumo de cocaína (6C45.1)

6C45.23 Dependencia de la cocaína, remisión completa prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de la cocaína, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), la persona se ha abstenido de consumir cocaína durante 12 meses o más.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cocaína (6C45.0)
Patrón nocivo de consumo de cocaína (6C45.1)

6C45.2Z Dependencia de cocaína, sin especificación

6C45.3 Intoxicación por cocaína

La intoxicación por cocaína es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco después del consumo de cocaína y que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones están causadas por los efectos farmacológicos conocidos de la cocaína y su intensidad se relaciona estrechamente con la cantidad de cocaína consumida. Las características comunes de presentación de la intoxicación por cocaína son euforia inadecuada, ansiedad, enojo, deficiencia de la atención, hipervigilancia, agitación psicomotora, ideación paranoide (algunas veces de una intensidad que lleva a las ideas delirantes), alucinaciones auditivas, confusión y cambios en sociabilidad. Se puede experimentar sudoración o escalofríos y náuseas o vómitos, y dolor en el pecho. Los signos físicos pueden incluir taquicardia, hipertensión y dilatación pupilar. En algunos casos más raros, habitualmente en la intoxicación más grave, puede haber convulsiones, debilidad muscular, discinesia o distonía.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de trance y posesión (6B63)
Envenenamiento por cocaína

6C45.4 Síndrome de abstinencia de la cocaína

El síndrome de abstinencia de la cocaína es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y características fisiológicas que varían en cuanto a su intensidad y duración y que se producen en el cese o la reducción del consumo de cocaína en los individuos que han desarrollado dependencia fisiológica, o han tomado cocaína durante un período prolongado o en grandes cantidades. Las características de presentación del síndrome de abstinencia de la cocaína pueden incluir estado de ánimo disfórico, irritabilidad, fatiga, inercia, sueños vívidos desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito, agitación o enlentecimiento psicomotor y ansia de cocaína.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.5 Delirium inducido por cocaína

El delirium inducido por cocaína se caracteriza por un estado agudo de perturbación de la atención y conciencia con características específicas de delirio que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia del consumo de cocaína. La cantidad y la duración del consumo deben ser capaces de producir un delirio. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de otra sustancia, o por otra afección de salud que no está clasificada como trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.6 Trastorno psicótico inducido por cocaína

El trastorno psicótico inducido por la cocaína se caracteriza por síntomas psicóticos (p. ej., delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de la cocaína. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación por cocaína o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del consumo de cocaína deben ser capaces de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido al inicio del consumo de cocaína, si los síntomas persistieran durante un período sustancial después de la interrupción del consumo o la abstinencia, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de cocaína).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.60 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con alucinaciones

El trastorno psicótico inducido por la cocaína con alucinaciones se caracteriza por la presencia de alucinaciones que se consideran consecuencia directa del consumo de cocaína. No están presentes otros síntomas psicóticos como el delirio. Los síntomas no se presentan exclusivamente durante estados hipnogógicos o hipnopomáticos, no se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento (por ejemplo, esquizofrenia) y no se deben a otro trastorno o enfermedad clasificado en otro lugar (por ejemplo, epilepsias con síntomas visuales).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.61 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con delirios

El trastorno psicótico inducido por la cocaína con delirios se caracteriza por la presencia de delirios que se consideran la consecuencia directa del consumo de cocaína. No están presentes las alucinaciones ni otros síntomas psicóticos. Los síntomas no se presentan exclusivamente durante estados hipnogógicos o hipnopomáticos, no se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento (por ejemplo, esquizofrenia) y no se deben a otro trastorno o enfermedad clasificado en otro lugar (por ejemplo, epilepsias con síntomas visuales).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.62 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con síntomas psicóticos mixtos

El trastorno psicótico inducido por la cocaína con síntomas psicóticos mixtos se caracteriza por la presencia de múltiples síntomas psicóticos, principalmente alucinaciones y delirios, cuando se considera que son la consecuencia directa del consumo de cocaína. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante estados hipnogógicos o hipnopomáticos, no se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento (por ejemplo, esquizofrenia) y no se deben a otro trastorno o enfermedad clasificada en otro lugar (por ejemplo, epilepsias con síntomas visuales).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.6Z Trastorno psicótico inducido por cocaína, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.7 **Otros trastornos inducidos por la cocaína**

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.70

Trastorno del estado del ánimo inducido por cocaína

El trastorno del estado del ánimo inducido por cocaína se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, menos interés en actividades placenteras, niveles de energía aumentados o disminuidos) que se desarrollan durante o poco tiempo después de la intoxicación o la abstinencia del consumo de cocaína. La intensidad o duración de los síntomas son sustancialmente superiores de las alteraciones del estado de ánimo características de la intoxicación por cocaína o del síndrome de abstinencia. La cantidad y la duración del consumo de la cocaína deben ser suficientes para producir los síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, trastorno depresivo, trastorno bipolar o trastorno esquizofrénico) como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido a la aparición del consumo de cocaína, si los síntomas persistiesen durante un período sustancial de tiempo después de la cesación del consumo de cocaína o si hubiera algún indicio de un trastorno mental preexistente con síntomas relacionados con el estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no relacionados con el consumo de cocaína).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.71

Trastorno de ansiedad inducido por cocaína

El trastorno de ansiedad inducido por la cocaína se caracteriza por síntomas de ansiedad (por ejemplo, aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de exceso de activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación por cocaína o la abstinencia de cocaína. La cantidad y duración del consumo de cocaína deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido el inicio del consumo de cocaína, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo o la abstinencia, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de cocaína).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.72 Trastorno obsesivo-compulsivo u otro trastorno relacionado inducido por cocaína

El trastorno obsesivo-compulsivo inducido por cocaína o relacionado se caracteriza por pensamientos o preocupaciones intrusivas repetitivas, normalmente asociadas con ansiedad y típicamente acompañadas por comportamientos repetitivos realizados en respuesta, o por acciones recurrentes y habituales dirigidas al tegumento (p. ej., extracción de cabello, jalarse el pelo) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos análogos que son característicos de la intoxicación por cocaína o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del consumo de la cocaína deben ser capaces de producir síntomas obsesivo-compulsivos o relacionados. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (en particular un trastorno obsesivo-compulsivo o relacionado), como podría ser el caso si los síntomas hubieran precedido al inicio del consumo de cocaína, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo o la abstinencia, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas obsesivo-compulsivos o relacionados (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de cocaína).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.73 Trastorno del control de los impulsos inducido por cocaína

El trastorno del control de los impulsos inducido por la cocaína se caracteriza por comportamientos repetidos persistentes en los que hay una falla recurrente para resistir un impulso, manejo o necesidad de realizar un acto que es gratificante para la persona, al menos en el corto plazo, a pesar del daño a largo plazo, ya sea a un individuo o a otras personas (p. ej., incendio o robo sin motivo aparente, comportamiento sexual repetitivo, arrebatos agresivos) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de la cocaína. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a las perturbaciones del control de impulsos que son característicos de la intoxicación por cocaína o la abstinencia. La cantidad y la duración del consumo de la cocaína deben ser capaces de producir alteraciones en el control de los impulsos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno de control de los impulsos, un trastorno debido a conductas adictivas), como podría ser el caso si los trastornos de control de impulsos hubieran precedido al inicio del consumo de cocaína, si los síntomas persistiesen un período sustancial después del cese del uso o retiro de la cocaína, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de control de impulso (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de cocaína).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de cocaína

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C45.Z Trastornos debidos al consumo de cocaína, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Trastornos debidos al consumo de estimulantes incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona

Los trastornos debidos al consumo de estimulantes incluidas las anfetaminas, metanfetaminas y metcatinona se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de estimulantes. Además de la intoxicación por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas o la metcatinona, los estimulantes tienen propiedades que inducen la dependencia, lo que lleva a la dependencia de este tipo de estimulantes en algunas personas y el síndrome de abstinencia cuando se reduce o discontinúa su consumo. Los estimulantes causan una amplia gama de lesiones que afectan la mayor parte de los órganos y sistemas del cuerpo. Se pueden clasificar como episodio único de consumo nocivo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, y el patrón nocivo de consumo de este tipo de estimulantes. El daño a terceros causado por el comportamiento durante la intoxicación por estimulantes incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona se incluye en las definiciones de consumo nocivo de estos estimulantes. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por el consumo de estimulantes.

Exclusiones:

- Trastornos debidos al consumo de catinonas sintéticas (6C47)
- Trastornos debidos al consumo de cafeína (6C48)
- Trastornos debidos al consumo de cocaína (6C45)
- Consumo peligroso de estimulantes, incluidas las anfetaminas y las metanfetaminas (QE11.4)

6C46.0

Episodio de consumo nocivo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona

Se trata de un episodio único de consumo de estimulantes como anfetaminas, metanfetamina y metcatinona que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o bien ha provocado un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea atribuible directamente al comportamiento debido a la intoxicación por estimulantes por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de episodio único de consumo dañino. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de estimulantes como anfetaminas, metanfetaminas y metcatinona.

Exclusiones:

- Patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.1)
- Dependencia de los estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.2)

6C46.1 Patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona

Se trata de un patrón de consumo de estimulantes como anfetaminas, metanfetamina y metcatinona, aunque excluyendo la cafeína, la cocaína y la catinona sintética, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o bien ha provocado un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de estimulantes es evidente durante un período de al menos 12 meses si el uso es episódico y al menos un mes si el uso es continuo (diario o casi diario). El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea atribuible directamente al comportamiento debido a la intoxicación por estimulantes por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona.

Exclusiones:

- Patrón nocivo de consumo de cafeína (6C48.1)
- Patrón nocivo de consumo de cocaína (6C45.1)
- Patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas (6C47.1)
- Episodio de consumo nocivo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.0)
- Dependencia de los estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.2)

6C46.10 Patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, episódico

Se trata de un patrón de consumo de estimulantes como anfetaminas, metanfetamina y metcatinona, aunque excluyendo la cafeína, la cocaína y la catinona sintética, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o bien ha provocado un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo episódico de estimulantes es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea atribuible directamente al comportamiento debido a la intoxicación por estimulantes por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona.

Exclusiones:

- Episodio de consumo nocivo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.0)
- Dependencia de los estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.2)

6C46.11

Patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, continuo

Se trata de un patrón de consumo de estimulantes como anfetaminas, metanfetamina y metcatinona, aunque excluyendo la cafeína, la cocaína y la catinona sintética, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o bien ha provocado un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de estimulantes es evidente durante un período de al menos 12 meses si el uso es episódico y al menos un mes si el uso es continuo (diario o casi diario). El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea atribuible directamente al comportamiento debido a la intoxicación por estimulantes por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.0)
Dependencia de los estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.2)

6C46.1Z

Patrón nocivo de consumo de estimulantes como anfetaminas, metanfetaminas o metcatinona, sin especificación

6C46.2 Dependencia de los estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona

La dependencia de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatidona, es un trastorno de la regulación del consumo de estimulantes derivado del consumo repetido o continuo de estas sustancias. Su característica central es un impulso interno fuerte de consumir estimulantes, que se manifiesta por la alteración de la capacidad para controlar el consumo, la prioridad cada vez mayor que se da al consumo frente a otras actividades, y la persistencia de su consumo a pesar del daño y las consecuencias adversas. Estas experiencias a menudo se ven acompañadas de una sensación subjetiva de ganas o necesidad imperiosa de consumir estimulantes. Las características psicológicas de la dependencia también pueden estar presentes, incluida la tolerancia a los efectos de los estimulantes, los síntomas de abstinencia tras el cese o la reducción del consumo, o el consumo reiterado de estimulantes o de sustancias farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de la abstinencia. Las características normalmente son evidentes durante un período de doce meses al menos, pero se puede aplicar el diagnóstico si el uso es continuo (diario o casi diario) durante al menos un mes.

Exclusiones:

- Dependencia de la cocaína (6C45.2)
- Dependencia de las catinonas sintéticas (6C47.2)
- Episodio de consumo nocivo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.0)
- Patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.1)

6C46.20 Dependencia de los estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, consumo actual

La dependencia de estimulantes como anfetaminas, metanfetamina y metcatinona, aunque con exclusión de la cafeína, la cocaína y las catinonas sintéticas, se refiere al consumo de anfetaminas u otro estimulante en el último mes.

Exclusiones:

- Patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.1)
- Episodio de consumo nocivo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.0)

- 6C46.21** Dependencia de los estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, remisión completa temprana
Después de un diagnóstico de dependencia de estimulantes como anfetaminas, metanfetamina y metcatinona, aunque excluyendo la cafeína, cocaína y catinonas sintéticas, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir estimulantes durante un período de entre 1 y 12 meses.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.0)
Patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.1)
- 6C46.22** Dependencia de los estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, remisión parcial prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de estimulantes como anfetaminas, metanfetamina y metcatinona, aunque excluyendo la cafeína, cocaína y catinonas sintéticos, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del consumo de anfetaminas u otro estimulante durante más de 12 meses, de manera que a pesar de que se han consumido anfetaminas u otros estimulantes durante este período, no se han cumplido los requisitos de la definición de la dependencia.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.0)
Patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.1)
- 6C46.23** Dependencia de los estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, remisión completa prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de estimulantes como anfetaminas, metanfetamina y metcatinona, aunque excluyendo la cafeína, cocaína y catinonas sintéticas, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), la persona se ha abstenido de consumir anfetaminas u otros estimulantes durante 12 meses o más.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.0)
Patrón nocivo de consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.1)
- 6C46.2Z** Dependencia de los estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, sin especificación

6C46.3 Intoxicación por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona

La intoxicación por estimulantes incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, aunque excluida la cafeína, la cocaína y las catinonas sintéticas, es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco después del consumo de anfetaminas u otros estimulantes y que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de las anfetaminas y otros estimulantes, y su intensidad está directamente relacionada con la cantidad consumida de anfetaminas o de otro estimulante. Estos efectos tienen una duración limitada en el tiempo y disminuyen a medida que las anfetaminas o el estimulante se eliminan del cuerpo. Las características de presentación pueden incluir ansiedad, enojo, deficiencia de la atención, hipervigilancia, agitación psicomotora, ideación paranoide (a menudo a nivel de los delirios), alucinaciones auditivas, confusión y cambios en la sociabilidad. Puede haber además sudoración o escalofríos, y náuseas o vómitos. Los signos físicos pueden incluir taquicardia, tensión arterial elevada, dilatación pupilar, discinesia y distonía, y puede haber lesiones cutáneas. En algunos casos poco frecuentes, generalmente en la intoxicación grave, el consumo puede llevar a convulsiones.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Intoxicación por cafeína (6C48.2)
Intoxicación por cocaína (6C45.3)
Intoxicación por catinonas sintéticas (6C47.3)
Trastorno de trance y posesión (6B63)
Envenenamiento por anfetaminas

6C46.4 Síndrome de abstinencia de estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona

El síndrome de abstinencia de estimulantes incluidas anfetaminas, metanfetamina y metcatinona, aunque excluyendo cafeína, cocaína y catinonas sintéticas, es un grupo clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y características físicas que varían en cuanto a su intensidad y duración y que ocurren en la cesación o reducción del consumo de estimulantes en personas que han desarrollado una dependencia o han consumido estimulantes durante un período prolongado o en grandes cantidades. El síndrome de abstinencia también puede ocurrir cuando se han consumido estimulantes recetados en las cantidades terapéuticas estándares. Las características de presentación pueden incluir estado de ánimo disfórico, irritabilidad, fatiga, insomnio o (más habitualmente) hipersomnolia, incremento del apetito, agitación o retraso psicomotor, y necesidad imperiosa de consumir anfetaminas y estimulantes relacionados.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Síndrome de abstinencia de la cocaína (6C45.4)
Síndrome de abstinencia de la cafeína (6C48.3)
Síndrome de abstinencia de las catinonas sintéticas (6C47.4)

6C46.5 Delirium inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona

El delirium inducido por estimulantes como anfetaminas, metanfetamina y metcatinona, aunque con exclusión de la cafeína, cocaína y catinonas sintéticas, se caracteriza por un estado agudo de la atención y conciencia con las características específicas del delirio durante y poco después de la intoxicación por anfetaminas u otros estimulantes o la abstinencia. La cantidad y la duración del consumo de anfetaminas o de otros estimulantes deben ser suficientes para ser capaces de producir delirium. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de otra sustancia, o por alguna otra afección que no esté clasificada bajo los trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Delirium inducido por cocaína (6C45.5)
Delirium inducido por catinonas sintéticas (6C47.5)
Trastornos debidos al consumo de cafeína (6C48)

6C46.6 Trastorno psicótico inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona

El trastorno psicótico inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, la metanfetamina y la metatinona, se caracteriza por síntomas psicóticos (por ejemplo, delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento muy desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación por estimulantes o el síndrome de abstinencia. La cantidad y la duración del uso de estimulantes deben ser capaces de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido al inicio del consumo de estimulantes, si los síntomas persistiesen durante un período sustancial después del cese del uso o la retirada del estimulante, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de estimulantes).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno psicótico inducido por cocaína (6C45.6)
Trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas (6C47.6)
Trastornos debidos al consumo de cafeína (6C48)

6C46.60 Trastorno psicótico inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, con alucinaciones

El trastorno psicótico inducido por estimulantes con alucinaciones se caracteriza por la presencia de alucinaciones que se consideran la consecuencia directa del consumo de estimulantes. No están presentes los delirios ni otros síntomas psicóticos. Los síntomas no se presentan exclusivamente durante estados hipnogógicos o hipnopompáticos, no se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento (por ejemplo, esquizofrenia) y no se deben a otro trastorno o enfermedad clasificado en otro lugar (por ejemplo, epilepsias con síntomas visuales).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno psicótico inducido por cocaína, con alucinaciones (6C45.60)
 Trastornos debidos al consumo de cafeína (6C48)
 Trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas, con alucinaciones (6C47.60)

6C46.61 Trastorno psicótico inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, con delirios

El trastorno psicótico inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, la metanfetamina y la metatinona, se caracteriza por síntomas psicóticos (por ejemplo, delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento muy desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia debido a estimulantes. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación por estimulantes o el síndrome de abstinencia del estimulante. La cantidad y la duración del uso de estimulantes deben ser capaces de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido al inicio del uso de estimulantes, si los síntomas persistiesen durante un período sustancial después del cese del consumo o la retirada del estimulante, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de estimulantes).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastornos debidos al consumo de cafeína (6C48)
 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con delirios (6C45.61)
 Trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas, con delirios (6C47.61)

6C46.62

Trastorno psicótico inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, aunque sin incluir la cafeína o la cocaína, con síntomas psicóticos mixtos

El trastorno psicótico inducido por estimulantes con síntomas psicóticos mixtos se caracteriza por la presencia de múltiples síntomas psicóticos, principalmente alucinaciones y delirios, cuando se considera que son la consecuencia directa del consumo de estimulantes. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante estados hipnagógicos o hipnopomáticos, no se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento (por ejemplo, esquizofrenia) y no se deben a otro trastorno o enfermedad clasificada en otro lugar (por ejemplo, epilepsias con síntomas visuales).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastornos debidos al consumo de cafeína (6C48)
Trastorno psicótico inducido por cocaína, con síntomas psicóticos mixtos (6C45.62)
Trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas, con síntomas psicóticos mixtos (6C47.62)

6C46.6Z

Trastorno psicótico inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C46.7

Otros trastornos inducidos por estimulantes, como las anfetaminas, las metanfetaminas o la metcatinona

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C46.70 Trastorno del estado de ánimo inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona

El trastorno del estado de ánimo inducido por estimulantes, como las anfetaminas, la metanfetamina y la metatinona, se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, disminución de la participación en actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia debido a los estimulantes. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos del estado de ánimo que son característicos de la intoxicación por estimulantes o el síndrome de abstinencia del estimulante. La cantidad y la duración del uso de estimulantes deben ser capaces de producir síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido al inicio del consumo de estimulantes, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del uso o la retirada del estimulante, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de estimulantes).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno del estado de ánimo inducido por catinonas sintéticas (6C47.70)
Trastorno del estado del ánimo inducido por cocaína (6C45.70)
Trastornos debidos al consumo de cafeína (6C48)

6C46.71

Trastorno de ansiedad inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona

El trastorno de ansiedad inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, la metanfetamina y la metatinona, se caracteriza por síntomas de ansiedad (p. ej., aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excesiva activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia por estimulantes. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación por estimulantes o el síndrome de abstinencia de estimulantes. La cantidad y la duración del consumo de estimulantes deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido al inicio del consumo del estimulante, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo o la abstinencia del estimulante, o si existiese otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de estimulantes).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de ansiedad inducido por cocaína (6C45.71)
Trastorno de ansiedad inducido por cafeína (6C48.40)
Trastorno de ansiedad inducido por catinonas sintéticas (6C47.71)

6C46.72 Trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno afín inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona

El trastorno obsesivo-compulsivo u otro trastorno relacionado inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metatinona, se caracteriza por pensamientos o preocupaciones intrusivas repetitivas, normalmente asociadas con la ansiedad y típicamente acompañadas por conductas repetitivas realizadas en respuesta, o por acciones recurrentes y habituales dirigidas al integumento (p. ej., arrancarse el pelo, rasgarse la piel) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de los estimulantes. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos análogos que son característicos de la intoxicación por estimulantes o el síndrome de abstinencia del estimulante. La cantidad y la duración del uso de estimulantes deben ser capaces de producir síntomas obsesivo-compulsivos o relacionados. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (en particular un trastorno obsesivo-compulsivo o relacionado), como podría ser el caso si los síntomas hubieran precedido al inicio del consumo del estimulante, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del uso o la abstinencia del estimulante, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas obsesivo-compulsivos o relacionados (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de estimulantes).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones:

- Trastorno obsesivo-compulsivo u otro trastorno relacionado inducido por cocaína (6C45.72)
- Síndrome obsesivo-compulsivo o relacionado inducido por las catinonas sintéticas (6C47.72)
- Trastornos debidos al consumo de cafeína (6C48)

6C46.73 Trastorno del control de los impulsos inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetamina y la metcatinona

El trastorno de control de los impulsos inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona, se caracteriza por comportamientos repetidos y persistentes en los que hay una falla recurrente de resistir un impulso o una necesidad de realizar un acto que es gratificante para la persona, al menos a corto plazo, a pesar del daño a largo plazo para el individuo o para otras personas (p. ej., incendio o robo sin motivo aparente, comportamiento sexual repetitivo, arrebatos agresivos) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de los estimulantes. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a las perturbaciones del control de impulsos que son características de la intoxicación por estimulantes o el síndrome de abstinencia del estimulante. La cantidad y la duración del uso de estimulantes deben ser capaces de producir perturbaciones en el control de los impulsos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno de control de impulso, un trastorno debido a conductas adictivas), como podría ser el caso si las perturbaciones del control de los impulsos hubieran precedido el inicio del consumo de estimulantes, si los síntomas hubiesen persistido durante un período considerable después del cese del consumo o la retirada del estimulante, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de control de impulsos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de estimulantes).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C46.Y **Otros trastornos especificados debidos al consumo de estimulantes como anfetaminas, metanfetaminas o metcatinona**

6C46.Z **Trastornos debidos al consumo de estimulantes como anfetaminas, metanfetaminas o metcatinona, sin especificación**

6C47

Trastornos debidos al consumo de catinonas sintéticas

Los trastornos debidos al consumo de catinonas sintéticas se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de estas sustancias. Además de la intoxicación por catinonas sintéticas, estas sustancias tienen propiedades que inducen a la dependencia, lo que lleva a que haya una dependencia en algunas personas y a un síndrome de abstinencia cuando el consumo se reduce o discontinúa. Las catinonas sintéticas pueden causar una amplia gama de lesiones que afectan a la mayor parte de los órganos y los sistemas del cuerpo, que se pueden clasificar como episodio único de consumo nocivo de catinonas sintéticas y patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas. El daño a terceros causado por el comportamiento durante la intoxicación por catinonas sintéticas se incluye en las definiciones de consumo nocivo de catinonas. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por el consumo de catinonas sintéticas.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.0 Episodio de consumo nocivo de catinonas sintéticas

Se trata de un episodio único de consumo de catinonas sintéticas que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o bien ha provocado un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que pueda atribuirse directamente al comportamiento por la intoxicación por catinonas sintéticas por parte de la persona a la que se aplica este diagnóstico de episodio único de consumo nocivo. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de catinonas sintéticas.

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas (6C47.1)
Dependencia de las catinonas sintéticas (6C47.2)

6C47.1 Patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas

Se trata de un patrón de consumo de catinonas sintéticas que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o ha provocado un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de catinonas sintéticas es evidente durante un período de al menos 12 meses si el uso es episódico y al menos un mes si el uso es continuo (diario o casi diario). El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea atribuible directamente al comportamiento debido a la intoxicación por catinonas sintéticas por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de catinonas sintéticas (6C47.0)
Dependencia de las catinonas sintéticas (6C47.2)

6C47.10 Patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas, episódico

Se trata de un patrón de consumo episódico o intermitente de catinonas sintéticas que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o ha provocado un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de catinonas sintéticas es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea atribuible directamente al comportamiento debido a la intoxicación por catinonas sintéticas por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de catinonas sintéticas (6C47.0)
Dependencia de las catinonas sintéticas (6C47.2)

6C47.11

Consumo nocivo de catinonas sintéticas, continuo

Se trata de un patrón de consumo continuo (diario o casi diario) de catinonas sintéticas que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o ha provocado un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo continuo de catinonas sintéticas es evidente durante un período de al menos un mes. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea atribuible directamente al comportamiento debido a la intoxicación por catinonas sintéticas por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de consumo nocivo de catinonas sintéticas.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de catinonas sintéticas (6C47.0)
Dependencia de las catinonas sintéticas (6C47.2)

6C47.1Y

Otro patrón nocivo especificado de consumo de catinonas sintéticas

6C47.1Z

Patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas, sin especificación

6C47.2**Dependencia de las catinonas sintéticas**

La dependencia de las catinonas sintéticas es un trastorno de la regulación del consumo de las catinonas sintéticas derivado del consumo frecuente o continuo de dicha sustancia. Su característica central es un impulso interno fuerte a consumir catinonas sintéticas, que se manifiesta por la disminución de la capacidad para controlar el consumo, la prioridad cada vez mayor que se da al consumo sobre otras actividades, y la persistencia del consumo a pesar del daño y las consecuencias negativas. Estas experiencias a menudo se ven acompañadas por una sensación subjetiva de ganas o necesidad imperiosa de consumir catinonas sintéticas. Las características fisiológicas de la dependencia pueden estar presentes, como la tolerancia a los efectos de las catinonas sintéticas, los síntomas de abstinencia tras el cese o la reducción del consumo, o el consumo reiterado de catinonas sintéticas u otras sustancias farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de la abstinencia. Las características de la dependencia generalmente son evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero este diagnóstico se puede aplicar si el consumo de catinonas sintéticas es continuo (diario o casi a diario) durante al menos un mes.

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas (6C47.1)
Episodio de consumo nocivo de catinonas sintéticas (6C47.0)

6C47.20

Dependencia de las catinonas sintéticas, consumo actual

Dependencia actual de las catinonas sintéticas con consumo de catinonas sintéticas en el último mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de catinonas sintéticas (6C47.0)
Patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas (6C47.1)

6C47.21 Dependencia de las catinonas sintéticas, remisión completa temprana
Después de un diagnóstico de dependencia de las catinonas sintéticas, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir catinonas sintéticas durante un período de entre 1 y 12 meses.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de catinonas sintéticas (6C47.0)
Patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas (6C47.1)

6C47.22 Dependencia de las catinonas sintéticas, remisión parcial prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de las catinonas sintéticas, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa en el consumo de catinonas sintéticas durante más de 12 meses, de manera que a pesar de que haya habido consumo de catinonas sintéticas durante ese período, no se han cumplido los requisitos de la definición de dependencia.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de catinonas sintéticas (6C47.0)
Patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas (6C47.1)

6C47.23 Dependencia de las catinonas sintéticas, remisión completa sostenida
Después de un diagnóstico de dependencia de las catinonas sintéticas, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), la persona se ha abstenido de consumir catinonas sintéticas durante 12 meses o más.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de catinonas sintéticas (6C47.0)
Patrón nocivo de consumo de catinonas sintéticas (6C47.1)

6C47.2Y Otra dependencia especificada de las catinonas sintéticas

6C47.2Z Dependencia de las catinonas sintéticas, sin especificación

6C47.3 Intoxicación por catinonas sintéticas

La intoxicación por catinonas sintéticas es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco después del consumo de catinonas sintéticas que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones están causadas por los efectos farmacológicos conocidos de las catinonas sintéticas y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad consumida. Estos efectos son de duración limitada y disminuyen a medida que se eliminan del cuerpo estas sustancias. Las características de presentación pueden incluir ansiedad, ira, hipervigilancia, agitación psicomotora, pánico, confusión, ideación paranoide, alucinaciones auditivas, cambios en la sociabilidad, transpiración o escalofríos y náuseas o vómitos. Los signos físicos pueden incluir taquicardia, tensión arterial elevada, dilatación pupilar e hipertermia. En raras ocasiones, generalmente en los casos de intoxicación grave, el consumo de catinonas sintéticas puede llevar a convulsiones.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.4 Síndrome de abstinencia de las catinonas sintéticas

El síndrome de abstinencia de las catinonas sintéticas es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y características fisiológicas que varían en cuanto a su intensidad y duración y se producen en el cese o la reducción del consumo de catinonas sintéticas en los individuos que han desarrollado dependencia o han utilizado catinonas sintéticas durante un período prolongado o en grandes cantidades. Las características de presentación del síndrome de abstinencia de las catinonas sintéticas pueden incluir estado de ánimo disfórico, irritabilidad, fatiga, insomnio o hipersomnias, aumento del apetito, agitación o enlentecimiento psicomotores, y el deseo imperioso de consumir estimulantes, incluidas las catinonas sintéticas.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.5 Delirium inducido por catinonas sintéticas

El delirium inducido por las catinonas sintéticas se caracteriza por un estado agudo de alteración de la atención y la conciencia con características específicas de delirio durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de catinonas sintéticas. La cantidad y duración del consumo de catinonas sintéticas deben ser capaces de producir delirium. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de otra sustancia o por otra afección de salud que no esté clasificada en los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.6 Trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas

El trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas se caracteriza por síntomas psicóticos (p. ej., delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de las catinonas sintéticas. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos psicóticos de la percepción, la cognición o el comportamiento que son característicos de la intoxicación por catinonas sintéticas o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del consumo de catinonas sintéticas deben ser capaces de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido al inicio del consumo de catinonas sintéticas, si los síntomas persistiesen durante un período sustancial desde el cese del consumo o la retirada de las catinonas sintéticas, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de catinonas sintéticas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.60 Trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas, con alucinaciones
El trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas con alucinaciones se caracteriza por la presencia de alucinaciones que se consideran ser la consecuencia directa del consumo de catinonas sintéticas. No se manifiestan delirios ni otros síntomas psicóticos. Los síntomas no aparecen exclusivamente en estados hipnagógicos o hipnopómpicos ni se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento (por ejemplo, la esquizofrenia), y no se deben a otro trastorno o enfermedad clasificada en otra parte (por ejemplo, las epilepsias con síntomas visuales).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.61 Trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas, con delirios
El trastorno psicótico por catinonas sintéticas con delirios se caracteriza por la presencia de ideas delirantes que se consideran la consecuencia directa del consumo de catinonas sintéticas. Non se manifiestan alucinaciones ni otros síntomas psicóticos. Los síntomas no aparecen exclusivamente en estados hipnagógicos o hipnopómpicos, ni se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento (por ejemplo, la esquizofrenia), y no se deben a otro trastorno o enfermedad clasificada en otra parte (por ejemplo, las epilepsias con síntomas visuales).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.62 Trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas, con síntomas psicóticos mixtos
El trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas con síntomas psicóticos mixtos se caracteriza por la presencia de múltiples síntomas psicóticos, principalmente alucinaciones e ideas delirantes, que se considera que son consecuencia directa del consumo de catinonas. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante los estados hipnagógicos o hipnopómpicos, ni se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento (por ejemplo, esquizofrenia), y no se deben a otro trastorno o enfermedad clasificada en otra parte (por ejemplo, epilepsias con síntomas visuales).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.6Z Trastorno psicótico inducido por catinonas sintéticas, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.7 **Otros trastornos inducidos por catinona sintética**

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.70

Trastorno del estado de ánimo inducido por catinonas sintéticas

El trastorno del estado de ánimo inducido por catinonas sintéticas se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, disminución del compromiso con actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de las catinonas sintéticas. La intensidad o duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos del estado de ánimo característicos de la intoxicación por catinonas sintéticas o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del consumo de catinonas sintéticas deben ser capaces de producir síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido al inicio del consumo de catinonas sintéticas, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo o la retirada de las catinonas sintéticas, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de catinonas sintéticas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.71

Trastorno de ansiedad inducido por catinonas sintéticas

El trastorno de ansiedad inducido por catinonas sintéticas se caracteriza por síntomas de ansiedad (p. ej., aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de activación autonómica excesiva, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de las catinonas sintéticas. La intensidad o duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación por catinonas sintéticas o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del consumo de catinonas sintéticas deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido al inicio del consumo de catinonas sintéticas, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del uso o la retirada de la catinona sintética, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de catinonas sintéticas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.72 Síndrome obsesivo-compulsivo o relacionado inducido por las catinonas sintéticas

El trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno relacionado inducido por catinonas sintéticas se caracteriza por pensamientos o preocupaciones intrusivas repetitivas, normalmente asociadas con la ansiedad y típicamente acompañadas por comportamientos repetitivos realizados en respuesta, o por acciones recurrentes y habituales dirigidas al tegumento (por ejemplo, jalarse el cabello o rasguñarse la piel) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la retirada de las catinonas sintéticas. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos análogos que son característicos de la intoxicación por catinonas sintéticas o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del consumo de catinonas sintéticas deben ser capaces de producir síntomas obsesivo-compulsivos u otros síntomas relacionados. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (en particular un trastorno obsesivo-compulsivo u otro relacionado), como podría haber sido el caso si los síntomas hubieran precedido al inicio del consumo de catinonas sintéticas, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo o abstinencia, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas obsesivo-compulsivos o relacionados (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de catinonas sintéticas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.73 Trastorno del control de los impulsos inducido por catinonas sintéticas

El trastorno del control de los impulsos inducido por catinonas sintéticas se caracteriza por comportamientos repetidos persistentes en los que hay una falla recurrente para resistir un impulso o una necesidad imperiosa de realizar un acto que es gratificante para la persona a corto plazo, a pesar del daño a largo plazo al individuo o a otras personas (p. ej., incendio o robo sin motivo aparente, comportamiento sexual repetitivo, arrebatos agresivos) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de las catinonas sintéticas. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a las alteraciones del control de los impulsos que son características de la intoxicación por catinonas sintéticas o el síndrome de abstinencia. La cantidad y la duración del consumo de catinonas sintéticas deben ser capaces de producir alteraciones en el control de los impulsos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno de control de impulso, un trastorno debido a comportamientos adictivos), como podría ser el caso si las alteraciones de control de impulso hubieran precedido el inicio del consumo de catinonas sintéticas, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después de la interrupción del consumo o la retirada de las catinonas sintéticas, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de control de impulsos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de catinonas sintéticas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de catinonas sintéticas

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C47.Z Trastornos debidos al consumo de catinonas sintéticas, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C48**Trastornos debidos al consumo de cafeína**

Los trastornos por consumo de cafeína se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de cafeína. Además de la intoxicación por cafeína, puede haber un síndrome por abstinencia de cafeína cuando se reduce o cesa el consumo en personas que han consumido cafeína durante un período prolongado o en grandes cantidades. La cafeína puede causar daño a órganos y sistemas del cuerpo, y estos efectos pueden clasificarse como episodio único de consumo nocivo de cafeína y patrón nocivo de consumo de cafeína. Se reconocen dos trastornos: el trastorno de ansiedad inducido por cafeína y el trastorno del ciclo de sueño y vigilia inducido por cafeína.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastornos debidos al consumo de estimulantes incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46)

Consumo peligroso de cafeína (QE11.5)

6C48.0**Episodio de consumo nocivo de cafeína**

Se trata de un episodio único de consumo de cafeína que ha producido un daño para la salud física o mental de una persona. El daño a la salud de la persona ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 2) vía perjudicial de administración. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de cafeína.

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de cafeína (6C48.1)

6C48.1**Patrón nocivo de consumo de cafeína**

Se trata de un patrón de consumo de cafeína que ha causado un daño clínicamente significativo para la salud física o mental de una persona o en el que el comportamiento inducido por la cafeína ha causado un daño clínicamente significativo para la salud de otras personas. El patrón de consumo de cafeína es evidente durante un período de al menos 12 meses si el uso es episódico y al menos un mes si el uso es continuo (es decir, diario o casi diario). El daño puede ser causado por los efectos intoxicantes de la cafeína, los efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo, o una vía perjudicial de administración.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cafeína (6C48.0)

6C48.10**Patrón nocivo de consumo de cafeína, episódico**

Se trata de un patrón de consumo de cafeína episódico o intermitente que ha causado daño a la salud física o mental de una persona. El patrón de consumo episódico de cafeína es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud de la persona ocurre por alguna de estas posibilidades: 1) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 2) vía perjudicial de administración.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cafeína (6C48.0)

6C48.11 Patrón nocivo del consumo de cafeína, continuo
 Se trata de Un patrón de consumo continuo de cafeína (diario o casi diario) que ha causado un daño a la salud física o mental de una persona. El patrón de consumo de cafeína continuo es evidente durante un período de al menos un mes. El daño a la salud de la persona puede ser causado por alguna de las siguientes posibilidades: 1) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 2) vía perjudicial de administración.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de cafeína (6C48.0)

6C48.1Z Patrón nocivo de consumo de cafeína, sin especificación

6C48.2 Intoxicación por cafeína

La intoxicación por cafeína es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco después del consumo de cafeína y se caracteriza por alteraciones en la consciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de la cafeína y su intensidad se relaciona estrechamente con la cantidad consumida. Estos efectos son de duración limitada y disminuyen a medida que se elimina la cafeína del cuerpo. Las características de presentación pueden incluir inquietud, ansiedad, excitación, insomnio, enrojecimiento del rostro, diuresis, molestias gastrointestinales, espasmos musculares, agitación psicomotora, sudor o escalofríos, y náuseas o vómitos. Puede haber ataques de pánico. Las alteraciones características de la intoxicación tienden a ocurrir en dosis relativamente altas (por ejemplo, > 1 ge por día). Las dosis sumamente elevadas (por ejemplo, > 5 g) pueden llevar a disnea y convulsiones, lo que puede ser mortal.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C48.3 Síndrome de abstinencia de la cafeína

El síndrome de abstinencia de la cafeína es grupo clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y características físicas que varían en cuanto a su intensidad y duración, y que ocurren en la cesación o reducción del consumo de cafeína (por lo general en la forma del café, bebidas con cafeína o como ingrediente en algunos medicamentos de receta libre) en personas que han consumido cafeína durante un tiempo prolongado o en grandes cantidades. Las características de presentación del síndrome de abstinencia pueden incluir dolor de cabeza, fatiga o somnolencia, ansiedad, estado de ánimo disfórico, náuseas o vómitos, y dificultades para concentrarse.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C48.4 Trastornos inducidos por la cafeína

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C48.40 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína

El trastorno de ansiedad inducido por la cafeína se caracteriza por síntomas de ansiedad (p. ej., aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excesiva activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de la cafeína. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación por cafeína o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del consumo de cafeína deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido al inicio del consumo de cafeína, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo o la abstinencia de la cafeína, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de cafeína).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C48.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de cafeína

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C48.Z Trastornos debidos al consumo de cafeína, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C49

Trastornos debidos al consumo de alucinógenos

Los trastornos por consumo de alucinógenos se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de alucinógenos. Además de la intoxicación por alucinógenos, los alucinógenos tienen propiedades que inducen la dependencia, lo que lleva a la dependencia en algunas personas. Los alucinógenos forman parte de una amplia gama de lesiones que afectan la mayor parte de los órganos y sistemas del cuerpo. Estos efectos se pueden clasificar como un episodio único de consumo nocivo de alucinógenos y patrón nocivo de consumo de alucinógenos. El daño a la salud de terceros por el comportamiento durante la intoxicación por alucinógenos se incluye en las definiciones de consumo nocivo de alucinógenos. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por alucinógenos.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C49.0 Episodio de consumo nocivo de alucinógenos

Se trata de un episodio único de consumo de alucinógenos que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o ha provocado un comportamiento que condujo a daño a la salud de los demás. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; y 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse directamente a un comportamiento debido a la intoxicación por alucinógenos por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de episodio único de consumo nocivo. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de alucinógenos.

Exclusiones: Dependencia de los alucinógenos (6C49.2)
Patrón nocivo de consumo de alucinógenos (6C49.1)

6C49.1 Patrón nocivo de consumo de alucinógenos

Se trata de un patrón de consumo de alucinógenos que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o ha provocado un comportamiento que condujo a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de alucinógenos es evidente durante un período de doce meses al menos si el consumo es episódico o de un mes al menos si el consumo es continuo (es decir, diario o casi diario). El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; y 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse directamente a un comportamiento debido a la intoxicación por alucinógenos por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de alucinógenos.

Exclusiones: Dependencia de los alucinógenos (6C49.2)
Episodio de consumo nocivo de alucinógenos (6C49.0)

6C49.10

Patrón nocivo de consumo de alucinógenos, episódico

Se trata de un patrón de consumo episódico o intermitente de alucinógenos que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o ha provocado un comportamiento que condujo a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de alucinógenos es evidente durante un período de doce meses al menos. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; y 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse directamente a un comportamiento debido a la intoxicación por alucinógenos por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de alucinógenos.

Un patrón de consumo de alucinógenos episódico o intermitente que ha causado un daño clínicamente significativo para la salud física o mental de una persona o en cuyo comportamiento inducido por alucinógenos ha causado un daño clínicamente significativo para la salud de otras personas. El patrón de uso de alucinógenos episódico o intermitente es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño puede ser causado por los efectos intoxicantes de alucinógenos, los efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos del cuerpo y sistemas, o una ruta perjudicial de la administración.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alucinógenos (6C49.0)
Dependencia de los alucinógenos (6C49.2)

6C49.11

Patrón nocivo de consumo de alucinógenos, continuo

Se trata de un patrón de consumo continuo (diario o casi diario) de alucinógenos que ha causado daños a la salud física o mental de una persona, o ha provocado un comportamiento que condujo a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de alucinógenos es evidente durante un período de un mes al menos. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; y 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse directamente a un comportamiento debido a la intoxicación por alucinógenos por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de alucinógenos.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alucinógenos (6C49.0)
Dependencia de los alucinógenos (6C49.2)

6C49.1Z

Patrón nocivo de consumo de alucinógenos, sin especificación

6C49.2 Dependencia de los alucinógenos

La dependencia de los alucinógenos es un trastorno de la regulación del consumo de alucinógenos derivado de la utilización repetida o continua de estas sustancias. Su característica central es un fuerte impulso interno para consumir alucinógenos, que se manifiesta por disminución de la capacidad para controlar su consumo, una prioridad cada vez mayor al consumo de alucinógenos sobre otras actividades, y la persistencia del consumo a pesar del daño y las consecuencias negativas. Estas experiencias a menudo se ven acompañadas de una sensación subjetiva de deseo o necesidad imperiosa de consumir alucinógenos. Las características de la dependencia son habitualmente evidentes a lo largo de un período de al menos doce meses, pero se puede aplicar este diagnóstico si el consumo de alucinógenos es continuo (diario o casi diario) durante al menos un mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alucinógenos (6C49.0)
Patrón nocivo de consumo de alucinógenos (6C49.1)

6C49.20 Dependencia de los alucinógenos, consumo actual

Dependencia de alucinógenos actual con consumo de alucinógenos en el último mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alucinógenos (6C49.0)
Patrón nocivo de consumo de alucinógenos (6C49.1)

6C49.21 Dependencia de los alucinógenos, remisión completa temprana

Después de un diagnóstico de dependencia de alucinógenos, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir alucinógenos durante un período de entre 1 y 12 meses.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alucinógenos (6C49.0)
Patrón nocivo de consumo de alucinógenos (6C49.1)

6C49.22 Dependencia de los alucinógenos, remisión parcial prolongada

Después de un diagnóstico de dependencia de alucinógenos, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del consumo de alucinógenos por más de 12 meses, de forma que aunque haya habido consumo de alucinógenos intermitente o persistente durante ese período, no se cumplen los requisitos de definición de la dependencia.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alucinógenos (6C49.0)
Patrón nocivo de consumo de alucinógenos (6C49.1)

6C49.23 Dependencia de los alucinógenos, remisión completa prolongada

Después de un diagnóstico de dependencia de alucinógenos, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir alucinógenos durante 12 meses o más.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de alucinógenos (6C49.0)
Patrón nocivo de consumo de alucinógenos (6C49.1)

6C49.2Z Dependencia de los alucinógenos, sin especificación

6C49.3 Intoxicación por alucinógenos

La intoxicación por alucinógenos es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco después del consumo de alucinógenos y que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de los alucinógenos y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad consumida. Estos efectos son de duración limitada y disminuyen a medida que se eliminan los alucinógenos del cuerpo. Las características de presentación pueden incluir alucinaciones, ilusiones ópticas, cambios de la percepción (como despersonalización y desrealización), sinestesias (combinación de los sentidos, como los estímulos visuales que evocan un olor) ansiedad o depresión, ideas de referencia, ideación paranoide, deterioro del juicio, palpitaciones, sudoración, visión borrosa, temblores e incoordinación. Los signos físicos pueden incluir taquicardia, tensión arterial alta y dilatación pupilar. En casos más raros, la intoxicación puede aumentar el comportamiento suicida.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de trance y posesión (6B63)
Envenenamiento por alucinógenos

6C49.4 Delirium inducido por alucinógenos

El delirium inducido por alucinógenos se caracteriza por un estado agudo de alteración de la atención y la conciencia, con características específicas del delirio durante o poco después de la intoxicación o el consumo de alucinógenos. La cantidad y duración del consumo de alucinógenos debe ser capaz de producir delirium. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de otra sustancia, o por otra afección de salud que no esté clasificada como trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C49.5 Trastorno psicótico inducido por alucinógenos

El trastorno psicótico inducido por alucinógenos se caracteriza por síntomas psicóticos (p. ej., delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con alucinógenos. La intensidad o la duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación por alucinógenos. La cantidad y duración del uso de alucinógenos debe ser capaz de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubiera precedido al inicio del consumo de alucinógenos, si los síntomas persistiesen durante un período sustancial después de la interrupción del consumo de alucinógenos, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de alucinógenos).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno psicótico inducido por otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.6)
Trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol (6C40.6)

6C49.6 Otros trastornos inducidos por alucinógenos

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C49.60 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos

El trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, disminución de la participación en actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con alucinógenos. La intensidad o la duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos del estado de ánimo que son característicos de la intoxicación por alucinógenos. La cantidad y la duración del consumo de alucinógenos deben ser capaces de producir síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido al inicio del consumo de alucinógenos, si los síntomas persistiesen por un período considerable después del cese del consumo de alucinógenos, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de alucinógenos).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C49.61 Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos

El trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos se caracteriza por síntomas de ansiedad (p. ej., aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excesiva activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con alucinógenos. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación por alucinógenos. La cantidad y la duración del consumo de alucinógenos deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido al inicio del uso de alucinógenos, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después de la interrupción del consumo de alucinógenos, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de alucinógenos).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C49.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de alucinógenos

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C49.Z Trastornos debidos al consumo de alucinógenos, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4A

Trastornos debidos al consumo de nicotina

Los trastornos por consumo de nicotina se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de nicotina. Además de la intoxicación por nicotina, la nicotina tiene propiedades que inducen la dependencia, lo que lleva a la dependencia en algunas personas y al síndrome de abstinencia cuando se reduce o discontinúa el consumo. La nicotina forma parte de una gama de daños que afectan la mayor parte de los órganos y sistemas del cuerpo. Estos efectos se pueden clasificar como episodio único de consumo nocivo de nicotina y patrón nocivo de consumo de nicotina. También se reconoce el trastorno del ciclo de sueño y vigilia inducido por nicotina.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4A.0 Episodio de consumo nocivo de nicotina

Se trata de un episodio único de consumo de nicotina que ha producido algún daño para la salud física o mental de una persona. El daño a la salud de la persona ocurre por alguna de las siguientes posibilidades: 1) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 2) vía perjudicial de administración. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de nicotina.

Exclusiones: Dependencia de la nicotina (6C4A.2)
Patrón nocivo de consumo de nicotina (6C4A.1)

6C4A.1 Patrón nocivo de consumo de nicotina

Se trata de un patrón de consumo de nicotina que ha causado daño a la salud física o mental de una persona. El patrón de consumo de nicotina es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico y de al menos un mes si el uso es continuo (es decir, diario o casi diario). El daño a la salud de la persona ocurre por alguna de las siguientes posibilidades: 1) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 2) vía perjudicial de administración.

Exclusiones: Dependencia de la nicotina (6C4A.2)
Episodio de consumo nocivo de nicotina (6C4A.0)

6C4A.10 Patrón nocivo de consumo de nicotina, episódico

Se trata de un patrón de consumo de nicotina episódico o intermitente que ha causado daño a la salud física o mental de una persona. El patrón de consumo episódico de nicotina es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud de la persona ocurre por alguna de estas posibilidades: 1) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 2) vía perjudicial de administración.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de nicotina (6C4A.0)
Dependencia de la nicotina (6C4A.2)

6C4A.11 Patrón nocivo de consumo de nicotina, continuo

Se trata de un patrón de consumo continuo (diario o casi diario) de nicotina que ha causado daño a la salud física o mental de una persona. El patrón de consumo continuo de nicotina es evidente durante un período de al menos un mes. El daño a la salud de la persona ocurre por alguna de estas posibilidades: 1) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 2) vía perjudicial de administración.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de nicotina (6C4A.0)
Dependencia de la nicotina (6C4A.2)

6C4A.1Z Patrón nocivo de consumo de nicotina, sin especificación

6C4A.2 Dependencia de la nicotina

La dependencia de la nicotina es un trastorno de la regulación del consumo de nicotina que surge del consumo repetido o continuo. La característica central es un fuerte impulso interno de consumir nicotina, que se manifiesta por una disminución de la capacidad para controlar el consumo, una prioridad cada vez mayor dada al consumo de la nicotina sobre otras actividades, y la persistencia del consumo a pesar del daño y las consecuencias negativas. Estas experiencias a menudo se ven acompañadas por una sensación subjetiva de ganas o necesidad imperiosa de consumir nicotina. Las características fisiológicas de la dependencia también pueden estar presentes, incluida la tolerancia a los efectos de la nicotina, los síntomas de abstinencia tras el cese o la reducción del consumo de nicotina, o el consumo reiterado de nicotina u otra sustancia farmacológicamente similar para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia. Las características de la dependencia son evidentes durante un período de al menos 12 meses.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de nicotina (6C4A.0)
Patrón nocivo de consumo de nicotina (6C4A.1)

- 6C4A.20** Dependencia de la nicotina, consumo actual
Dependencia actual de la nicotina, con consumo de nicotina en el transcurso del último mes.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de nicotina (6C4A.0)
Patrón nocivo de consumo de nicotina (6C4A.1)
- 6C4A.21** Dependencia de la nicotina, remisión completa temprana
Después de un diagnóstico de dependencia de la nicotina, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir nicotina durante un período de entre 1 y 12 meses.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de nicotina (6C4A.0)
Patrón nocivo de consumo de nicotina (6C4A.1)
- 6C4A.22** Dependencia de la nicotina, remisión parcial prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de nicotina, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del consumo de nicotina por más de 12 meses, de forma que aunque haya habido consumo de nicotina intermitente o continuo durante ese período, no se cumplen los requisitos de definición de la dependencia.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de nicotina (6C4A.0)
Patrón nocivo de consumo de nicotina (6C4A.1)
- 6C4A.23** Dependencia de la nicotina, remisión completa prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de nicotina, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir nicotina por 12 meses o más.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de nicotina (6C4A.0)
Patrón nocivo de consumo de nicotina (6C4A.1)
- 6C4A.2Z** Dependencia de la nicotina, sin especificación

6C4A.3 Intoxicación por nicotina

La intoxicación por nicotina es un trastorno transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del consumo de nicotina y se caracteriza por alteraciones en la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones están causadas por los efectos farmacológicos conocidos de la nicotina y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad de nicotina consumida. Estos efectos tienen una duración limitada y disminuyen a medida que se elimina la nicotina del cuerpo. Algunas de las características de presentación pueden ser agitación, agitación psicomotora, ansiedad, sudores fríos, dolor de cabeza, insomnio, palpitaciones, parestesias, náuseas o vómitos, espasmos abdominales, confusión, sueños extraños, sensación de quemazón en la boca, y salivación. En algunos casos raros puede haber ideación paranoide, alteraciones de la percepción, convulsiones o coma. La intoxicación por nicotina ocurre normalmente en personas neófitas (que no tienen tolerancia) al consumo o en aquellas que están consumiendo dosis más altas de las que acostumbran.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Inclusiones: "mal viaje" (nicotina)

Exclusiones: Trastorno de trance y posesión (6B63)
efectos de intoxicación que llevan a envenenamiento

6C4A.4 Síndrome de abstinencia de la nicotina

El síndrome de abstinencia de la nicotina es un grupo clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y características psicológicas que varían en cuanto a su intensidad y duración, y que ocurren en la cesación o reducción del consumo de nicotina (por lo general como componente del tabaco) en individuos que han desarrollado una dependencia o que han consumido nicotina por un período prolongado o en grandes cantidades. Las características del síndrome de abstinencia de la nicotina pueden incluir estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración, enojo, ansiedad, dificultad para concentrarse, inquietud, braquicardia, incremento del apetito y aumento de peso, así como necesidad imperiosa de consumir tabaco (u otro producto que contenga nicotina). Otros síntomas físicos pueden incluir aumento de la tos y úlceras en la boca.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4A.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de nicotina

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4A.Z Trastornos debidos al consumo de nicotina, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Trastornos debidos a los inhalantes volátiles

Los trastornos por los inhalantes volátiles se caracterizan por el patrón y las consecuencias del uso de inhalantes volátiles. Además de la intoxicación por inhalantes volátiles, estas sustancias tienen propiedades que inducen a la dependencia, lo que lleva a la dependencia de los inhalantes volátiles en algunas personas y al síndrome de abstinencia cuando la inhalación se reduce o discontinúa. Los inhalantes volátiles están implicados en una amplia gama de daños que afectan la mayor parte de los órganos y sistemas del cuerpo, y que se pueden clasificar como episodio único de uso nocivo de inhalantes volátiles y patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles. El daño a terceros como consecuencia del comportamiento durante la intoxicación por inhalantes volátiles se incluye dentro de las definiciones de uso nocivo de inhalantes volátiles. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por los inhalantes volátiles.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4B.0 Episodio de uso nocivo de inhalantes volátiles

Se trata de un episodio único de uso de inhalantes volátiles o exposición inintencional (por ejemplo, ocupacional) que ha producido daño a la salud física o mental de una persona, o que ha provocado un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; y 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que sean atribuibles directamente al comportamiento debido a la intoxicación por inhalantes volátiles por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de episodio único de uso nocivo de inhalantes volátiles. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de uso de inhalantes volátiles.

Exclusiones: Patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles (6C4B.1)
Dependencia de los inhalantes volátiles (6C4B.2)

6C4B.1 Patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles

Se trata de un patrón de uso de inhalantes volátiles que ha producido daño a la salud física o mental de una persona. El patrón de uso de inhalantes volátiles es evidente durante un período de al menos doce meses si el uso es episódico o de al menos un mes si el uso es continuo (es decir, diario o casi diario). El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; y 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que sean atribuibles directamente al comportamiento debido a la intoxicación por inhalantes volátiles por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles.

Exclusiones: Dependencia de los inhalantes volátiles (6C4B.2)
Episodio de uso nocivo de inhalantes volátiles (6C4B.0)

6C4B.10 Patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles, episódico

Se trata de un patrón de uso de inhalantes volátiles episódico o intermitente que ha producido daño a la salud física o mental de una persona o ha llevado a un comportamiento que condujo a daño a otras personas. El patrón de uso episódico de inhalantes volátiles es evidente durante un período de al menos doce meses. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; y 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que sean atribuibles directamente al comportamiento debido a la intoxicación por inhalantes volátiles por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles.

Exclusiones: Episodio de uso nocivo de inhalantes volátiles (6C4B.0)
Dependencia de los inhalantes volátiles (6C4B.2)

6C4B.11 Patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles, continuo

Se trata de un patrón de uso de inhalantes volátiles continuo (diario o casi diario) que ha producido daño a la salud física o mental de una persona o ha llevado a un comportamiento que condujo a daño a otras personas. El patrón de uso continuo de inhalantes volátiles es evidente durante un período de al menos un mes. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; y 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que sean atribuibles directamente al comportamiento debido a la intoxicación por inhalantes volátiles por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles.

Exclusiones: Episodio de uso nocivo de inhalantes volátiles (6C4B.0)
Dependencia de los inhalantes volátiles (6C4B.2)

6C4B.12 Patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles, sin especificación

6C4B.2**Dependencia de los inhalantes volátiles**

La dependencia de los inhalantes volátiles es un trastorno de la regulación del uso de inhalantes volátiles derivado de la utilización repetida o continua de estas sustancias. Su característica central es un fuerte impulso interno a usar inhalantes volátiles, que se manifiesta por una disminución de la capacidad para controlar el uso, una prioridad cada vez mayor al uso de inhalantes volátiles por encima de otras actividades, y la persistencia de su uso a pesar del daño y las consecuencias negativas. Estas experiencias a menudo se ven acompañadas de una sensación subjetiva de deseo o necesidad imperiosa de usar inhalantes volátiles. Las características fisiológicas de la dependencia también pueden estar presentes, incluida la tolerancia a los efectos de los inhalantes volátiles, los síntomas de abstinencia cuando se reduce o cesa el uso, o el uso reiterado de inhalantes volátiles u otra sustancia farmacológicamente similar para prevenir o aliviar los síntomas de la abstinencia. Las características de la dependencia son evidentes durante un período de al menos doce meses, pero se puede aplicar este diagnóstico si el uso de inhalantes volátiles es continuo (diario o casi diario) durante al menos un mes.

Exclusiones: Episodio de uso nocivo de inhalantes volátiles (6C4B.0)
Patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles (6C4B.1)

6C4B.20

Dependencia de los inhalantes volátiles, uso actual

Dependencia actual de inhalantes volátiles, con uso de inhalantes volátiles en el transcurso del último mes.

Exclusiones: Episodio de uso nocivo de inhalantes volátiles (6C4B.0)
Patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles (6C4B.1)

6C4B.21

Dependencia de los inhalantes volátiles, remisión completa temprana

Después de un diagnóstico de dependencia de inhalantes volátiles, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de usar inhalantes volátiles por un período de entre 1 y 12 meses.

Exclusiones: Episodio de uso nocivo de inhalantes volátiles (6C4B.0)
Patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles (6C4B.1)

6C4B.22

Dependencia de los inhalantes volátiles, remisión parcial prolongada

Después de un diagnóstico de dependencia de inhalantes volátiles, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del uso de inhalantes volátiles por más de 12 meses, de forma que aunque haya habido uso intermitente o continuo de inhalantes volátiles durante ese período, no se cumplen los requisitos de definición de la dependencia.

Exclusiones: Episodio de uso nocivo de inhalantes volátiles (6C4B.0)
Patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles (6C4B.1)

6C4B.23 Dependencia de los inhalantes volátiles, remisión completa prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de inhalantes volátiles, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de usar inhalantes volátiles por 12 meses o más.

Exclusiones: Episodio de uso nocivo de inhalantes volátiles (6C4B.0)
Patrón nocivo de uso de inhalantes volátiles (6C4B.1)

6C4B.2Z Dependencia de los inhalantes volátiles, sin especificación

6C4B.3 Intoxicación por inhalantes volátiles

La intoxicación por inhalantes volátiles es un trastorno transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del uso de inhalantes volátiles y que se caracteriza por alteraciones en la consciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de los inhalantes volátiles y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad inhalada. Estos efectos tienen una duración limitada y disminuyen a medida que se eliminan las sustancias del cuerpo. Las características de presentación pueden incluir euforia inadecuada, deterioro del juicio, agresión, somnolencia, coma, mareos, temblores, falta de coordinación, dificultad para hablar, marcha inestable, letargia y apatía, retraso psicomotor, y disturbio visual. También puede haber debilidad muscular y diplopia. El uso de inhalantes volátiles puede causar arritmias cardíacas, paro cardíaco y muerte. Los inhalantes que contienen plomo (por ejemplo, algunas formas de petróleo o gasolina) pueden causar confusión, irritabilidad, coma y convulsiones.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de trance y posesión (6B63)

6C4B.4 Síndrome de abstinencia de los inhalantes volátiles

El síndrome de abstinencia de los inhalantes volátiles es grupo clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y características fisiológicas que varían en cuanto a su intensidad y duración, y que ocurren en la cesación o reducción del uso de inhalantes volátiles en personas que han desarrollado una dependencia o han usado estas sustancias en grandes cantidades. Las características comunes del síndrome de abstinencia de inhalantes volátiles pueden incluir insomnio, ansiedad, irritabilidad, estado de ánimo disfórico, temblores, sudor, náuseas e ilusiones ópticas fugaces.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4B.5**Delirium inducido por inhalantes volátiles**

El delirium inducido por inhalantes volátiles se caracteriza por un estado agudo de atención y conciencia perturbadas con características específicas de delirio que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación, la abstinencia o el uso de inhalantes volátiles. La cantidad o duración del uso de inhalantes volátiles deben ser suficientes para producir delirium. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de una sustancia distinta o por otra afección de salud que no esté clasificada en otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6C4B.6 Trastorno psicótico inducido por inhalantes volátiles

Se trata de un conjunto de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de sustancias psicoactivas, pero que no se explican solo por la intoxicación aguda y no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (típicamente auditivas, pero a menudo en más de una modalidad sensorial), distorsiones perceptivas, delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), trastornos psicomotores (excitación o estupor) y un efecto anormal, que puede variar del miedo intenso al éxtasis. El sensorio generalmente es claro, pero puede haber presente algún grado de obnubilación, aunque no una confusión grave. El trastorno psicótico por inhalantes volátiles se caracteriza por el desarrollo de síntomas psicóticos que ocurren durante o poco después de la intoxicación por inhalantes volátiles y se considera una consecuencia directa del uso de inhalantes volátiles. La cantidad y la duración del uso de inhalantes deben ser suficientes para poder producir los síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por la intoxicación por inhalantes volátiles (es decir, son sustancialmente superiores por mucho a los síntomas normalmente asociados con la intoxicación por inhalación) y tampoco se explican mejor por un delirio inducido por inhalantes volátiles. Además, los síntomas psicóticos no se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento, como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido al inicio del uso de inhalantes o si los síntomas persistiesen durante un período considerable después de la cesación del uso de inhalantes volátiles. El trastorno psicótico inducido por inhalantes volátiles se caracteriza por síntomas psicóticos (por ejemplo, delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento muy desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de inhalantes volátiles. La intensidad o la duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación por inhalación de volátiles o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del uso de inhalantes volátiles deben ser capaces de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido el inicio del uso de inhalantes volátiles, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del uso o la abstinencia del inhalante volátil, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el uso de inhalantes volátiles).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4B.7 Otros trastornos inducidos por inhalantes volátiles

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4B.70**Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes volátiles**

El trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes volátiles se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, disminución de la participación en actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de los inhalantes volátiles. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos del estado de ánimo que son característicos de la intoxicación por inhalantes volátiles o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del uso de inhalantes volátiles deben ser capaces de producir los síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido al inicio del uso de inhalantes volátiles, si los síntomas persistiesen durante un período sustancial después del cese del uso o la inhalación de inhalantes volátiles, o si existiese otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el uso de inhalantes volátiles).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4B.71**Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes volátiles**

El trastorno de ansiedad inducido por inhalantes volátiles se caracteriza por síntomas de ansiedad (p. ej., aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excesiva activación autónoma, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de inhalantes volátiles. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación por inhalantes volátiles o el síndrome de abstinencia. La cantidad y duración del uso de inhalantes volátiles deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido al inicio del uso de inhalantes volátiles, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del uso o la abstinencia del inhalante volátil, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el uso de inhalantes volátiles).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4B.Y**Otros trastornos especificados debidos a los inhalantes volátiles**

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4B.Z**Trastornos debidos a los inhalantes volátiles, sin especificación**

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4C**Trastornos debidos al consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA**

Los trastornos debidos al consumo de MDMA (éxtrasis) o drogas relacionadas, incluida la MDA (tenamfetamina), se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA. Estas drogas tienen propiedades que inducen a la dependencia y llevan en algunas personas a la dependencia o al síndrome de abstinencia cuando se reduce o se deja de consumir esas drogas. La MDMA y las drogas relacionadas están implicadas en una amplia gama de daños que afectan a la mayor parte de los órganos y sistemas del cuerpo. Sus efectos se pueden clasificar como episodio único de consumo de MDMA o drogas relacionadas, incluida la MDA, o patrón nocivo de consumo de MDMA y otras drogas relacionadas, incluida la MDA. El daño a terceros causado por el comportamiento durante la intoxicación por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, se incluye en las definiciones de consumo nocivo de estas sustancias. Se reconocen varios trastornos relacionados con el consumo de MDMA y otras drogas relacionadas, incluida la MDA.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Consumo peligroso de MDMA u otras drogas relacionadas (QE11.6)

6C4C.0**Episodio de consumo nocivo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA**

Se trata de un episodio único de consumo de MDMA o de otra droga relacionada, incluida la MDA, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que han redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El daño a la salud de la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por MDMA u otra droga relacionada, incluida la MDA, por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de episodio único de consumo nocivo. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de MDMA u otra droga relacionada, incluida la MDA.

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.1)

Dependencia de la MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.2)

6C4C.1**Patrón nocivo de consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA**

Se trata de un patrón de consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de MDMA u otras drogas relacionadas es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico y al menos un mes si el consumo es continuo (diario o casi diario). El daño a la salud de la persona puede deberse a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que puedan atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por MDMA u otras drogas relacionadas por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA.

Exclusiones: Dependencia de la MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.2)
Episodio de consumo nocivo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.0)

6C4C.10

Consumo nocivo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, episódico

Se trata de un patrón de consumo episódico o intermitente de MDMA u otra droga relacionada, incluida la MDA, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo episódico de MDMA u otras drogas relacionadas es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud de la persona puede deberse a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que puedan atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por MDMA u otra droga relacionada por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de MDMA u otra droga relacionada, incluida la MDA.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.0)
Dependencia de la MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.2)

6C4C.11 Consumo nocivo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, continuo
 Se trata de un patrón de consumo continuo (diario o casi diario) de MDMA u otra droga relacionada, incluida la MDA, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo continuo de MDMA u otra droga relacionada es evidente durante un período de al menos un mes. El daño a la salud de la persona puede deberse a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que puedan atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por MDMA u otra droga relacionada por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de MDMA u otra droga relacionada, incluida la MDA.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.0)
 Dependencia de la MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.2)

6C4C.1Z Patrón nocivo de consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, sin especificación

6C4C.2 Dependencia de la MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA

La dependencia de la MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, es un trastorno de la regulación del consumo de MDMA u otra droga relacionada derivado de la utilización repetida o continua de estas sustancias. Su característica central es un fuerte impulso interno para consumir la MDMA u otra droga relacionada, que se manifiesta por una disminución de la capacidad para controlar el uso, una prioridad cada vez mayor del consumo de MDMA u otra droga relacionada sobre otras actividades, y la persistencia de su consumo a pesar del daño y las consecuencias negativas. Estas experiencias a menudo están acompañadas por una sensación subjetiva de deseo o necesidad imperiosa de consumir MDMA u otra droga relacionada. Las características fisiológicas de la dependencia también pueden estar presentes, incluida la tolerancia a los efectos de la MDMA u otra droga relacionada, los síntomas de abstinencia tras el cese o la reducción del consumo, o el consumo reiterado de MDMA u otra sustancia farmacológicamente similar para prevenir o aliviar los síntomas de la abstinencia. Las características de la dependencia son evidentes generalmente por un período de al menos doce meses, pero se puede aplicar este diagnóstico si el consumo de MDMA u otra droga relacionada es continuo (diario o casi diario) durante al menos un mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.0)
 Patrón nocivo de consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.1)

- 6C4C.20** Dependencia de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, consumo actual
Dependencia actual de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, con consumo de MDMA u otras drogas relacionadas en el último mes.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.0)
Patrón nocivo de consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.1)
- 6C4C.21** Dependencia de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, remisión completa temprana
Después de un diagnóstico de dependencia de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo ha sido capaz de abstenerse de la MDMA u otra droga relacionada, incluida la MDA, durante un período de entre 1 y 12 meses.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.0)
Patrón nocivo de consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.1)
- 6C4C.22** Dependencia a MDMA o drogas relacionadas, incluyendo MDA, remisión parcial prolongada
Después de un diagnóstico de la MDMA o dependencia a drogas relacionadas, incluyendo la MDA, y, a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluyendo la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa en el consumo de MDMA o medicamentos relacionados, incluyendo MDA, durante más de 12 meses, de tal manera que a pesar de que el uso intermitente o continua de MDMA o medicamentos relacionados, incluyendo MDA, se ha producido durante este período, no se han cumplido los requisitos de la definición de la dependencia.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.0)
Patrón nocivo de consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.1)
- 6C4C.23** Dependencia a MDMA o drogas relacionadas, incluyendo la MDA, la remisión completa prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia a MDMA o drogas relacionadas, incluyendo la MDA, y, a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluyendo la auto-intervención), la persona ha sido abstinerente de la MDMA o medicamentos relacionados, incluyendo MDA, durante 12 meses o más.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.0)
Patrón nocivo de consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.1)
- 6C4C.2Z** Dependencia de la MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, sin especificación

6C4C.3 Intoxicación por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA

La intoxicación por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, es un estado transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del consumo de MDMA o drogas relacionadas y que se caracteriza por alteraciones en la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de MDMA o drogas relacionadas y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad consumida de MDMA o de otra droga relacionada. Sus efectos tienen una duración limitada y disminuyen a medida que la MDMA o la droga relacionada se eliminan del cuerpo. Las características de presentación pueden incluir mayor interés sexual o actividad sexual inapropiada, ansiedad, inquietud, agitación y sudoración. En raras ocasiones, generalmente en casos de intoxicación grave, el consumo de MDMA u otra droga relacionada, incluida la MDA, puede causar distonía y convulsiones. La muerte súbita es una complicación rara, pero reconocida.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4C.4 Síndrome de abstinencia de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA

El síndrome de abstinencia de la MDMA o de otra droga relacionada, incluida la MDA, es un grupo de síntomas, comportamientos o características fisiológicas clínicamente significativos, que varían en cuanto a su intensidad y duración, y que se producen al cesar o reducir el consumo de MDMA o de otras drogas relacionadas en individuos que han desarrollado dependencia de la MDMA o drogas relacionadas o que han consumido MDMA o drogas relacionadas por un período prolongado o en grandes cantidades. Las características de presentación del síndrome de abstinencia de MDMA u otras drogas relacionadas pueden incluir fatiga, letargo, hipersomnolia o insomnio, estado de ánimo deprimido, ansiedad, irritabilidad, ansia, dificultad para concentrarse y alteración del apetito.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4C.5 Delirium inducido por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA

El delirium inducido por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, se caracteriza por un estado o agudo de alteración de la atención y la conciencia con características específicas de delirio que se desarrolla durante o poco después de la intoxicación por MDMA o drogas relacionadas. La cantidad y la duración del consumo de MDMA o drogas relacionadas debe ser capaz de producir delirium. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de otra sustancia, ni por otra condición de salud que no esté clasificada bajo los trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4C.6 Trastorno psicótico inducido por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA

El trastorno psicótico inducido por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, se caracteriza por síntomas psicóticos (por ejemplo, delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con MDMA o drogas relacionadas. La intensidad o la duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación por MDMA u otras drogas relacionadas. La cantidad y duración del consumo de MDMA o de drogas relacionadas debe ser capaz de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido al inicio del consumo de MDMA o drogas relacionadas, si los síntomas hubieran persistido durante un período sustancial después de la interrupción del consumo de MDMA o drogas relacionadas, o si hubiera indicios de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de MDMA o de otras drogas relacionadas, incluida la MDA).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4C.7 Otros trastornos inducidos por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4C.70 Trastorno del estado de ánimo inducido por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA

El trastorno del estado de ánimo inducido por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo elevado o deprimido, disminución del compromiso con actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con MDMA o drogas relacionadas. La intensidad o la duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos del estado de ánimo que son característicos de la intoxicación por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA. La cantidad y duración del consumo de MDMA o de drogas relacionadas deben ser capaces de producir síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido el inicio del consumo de la MDMA o drogas relacionadas, si los síntomas persistiesen durante un período sustancial después de la interrupción del consumo de MDMA o drogas relacionadas, o si hubiera otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de MDMA o de otras drogas relacionadas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4C.71 Trastorno de ansiedad inducido por MDMA u otras drogas relacionadas

El trastorno de ansiedad inducido por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, se caracteriza por síntomas de ansiedad (p. ej., aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excesiva activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con MDMA o drogas relacionadas. La intensidad o la duración de los síntomas es sustancialmente superior a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación por MDMA o drogas relacionada, incluida la MDA. La cantidad y la duración del consumo de MDMA o de drogas relacionadas deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido el inicio del consumo de la MDMA o de drogas relacionadas, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo de MDMA o de drogas relacionadas, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de MDMA o de otras drogas relacionadas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4C.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4C.Z Trastornos debidos al consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4D**Trastornos debidos al consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]**

Los trastornos debidos al consumo de drogas disociativas incluidas la ketamina y la fenciclidina (PCP) se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de drogas disociativas. Además de la intoxicación por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, las drogas disociativas tienen propiedades que inducen a la dependencia, lo que lleva a la dependencia de estas drogas disociativas, incluida la ketamina y la fenciclidina en algunas personas. Las drogas disociativas están implicadas en una amplia gama de daños que afectan la mayor parte de los órganos y sistemas del cuerpo, que se pueden clasificar como episodio único de consumo nocivo de drogas disociativas, incluidas la ketamina o la fenciclidina, y el patrón de consumo nocivo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina. El daño a terceros como consecuencia del comportamiento durante la intoxicación por drogas disociativas se incluye en las definiciones de consumo nocivo de drogas disociativas. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por el consumo de drogas disociativas.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Consumo peligroso de drogas disociativas como la ketamina o la fenciclidina (QE11.7)

6C4D.0**Episodio de consumo nocivo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]**

Se trata de un episodio único de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El daño a la salud de la persona ocurre por alguna de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo, o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda ser atribuido de manera directa al comportamiento debido a la intoxicación con una droga disociativa, incluidas la ketamina y la fenciclidina, por parte de la persona a la cual se aplica el diagnóstico de episodio único de consumo nocivo. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina.

Exclusiones: Dependencia de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.2)

Patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.1)

6C4D.1**Patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]**

Se trata de un patrón de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y fenciclidina (PCP), que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de drogas disociativas es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico y de al menos un mes si el consumo es continuo (diario o casi diario). El daño a la salud de la persona puede deberse a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que puedan atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por drogas disociativas por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y fenciclidina.

Exclusiones: Dependencia de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.2)

Episodio de consumo nocivo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.0)

- 6C4D.10** Patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP], episódico
- Se trata de un patrón de consumo episódico o intermitente de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha llevado a un comportamiento que ha causado daño a la salud de otras personas. El patrón de consumo episódico de drogas disociativas es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño puede ser causado por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse de manera directa al comportamiento relacionado con la intoxicación por drogas disociativas por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.0)
- Dependencia de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.2)
- 6C4D.11** Patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP], continuo
- Se trata de un patrón de consumo continuo (diario o casi diario) de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha llevado a un comportamiento que ha causado daño a la salud de otras personas. El patrón de consumo continuo de drogas disociativas es evidente durante un período de al menos un mes. El daño a la persona ocurre por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse de manera directa al comportamiento relacionado con la intoxicación por drogas disociativas por parte de la persona a la que se le aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.0)
- Dependencia de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.2)
- 6C4D.1Z** Patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP], sin especificación

6C4D.2 Dependencia de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]

La dependencia de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, es un trastorno de la regulación del consumo de drogas disociativas que surge por el consumo reiterado o continuo de estas sustancias. Su característica central es un fuerte impulso interno a consumir drogas disociativas, que se manifiesta por la disminución de la capacidad de controlar el consumo, el aumento de la prioridad que se da al consumo sobre otras actividades y la persistencia del consumo a pesar del daño y las consecuencias adversas. Estas experiencias a menudo se ven acompañadas de una sensación subjetiva de deseo o necesidad imperiosa de consumir drogas disociativas. Las características de la dependencia resultan evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero se puede aplicar el diagnóstico si el consumo de drogas disociativas es continuo (diario o casi diario) durante al menos un mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.0)
Patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.1)

6C4D.20 Dependencia de las drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP], consumo actual

La dependencia de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, se refiere al consumo de drogas disociativas en el transcurso del último mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.0)
Patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.1)

6C4D.21 Dependencia de las drogas disociativas, incluidas la ketamina o la fenciclidina [PCP], remisión completa temprana

Después de un diagnóstico de dependencia de las drogas disociativas, incluida la ketamina y la fenciclidina, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir drogas disociativas durante un período de entre 1 y 12 meses.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.0)
Patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.1)

6C4D.22 Dependencia de las drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP], remisión parcial prolongada

Después de un diagnóstico de dependencia de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del consumo de drogas disociativas por más de 12 meses, de tal forma que aunque haya habido consumo de drogas disociativas intermitente o persistente durante este período, no se cumplen los requisitos por definición de la dependencia.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.0)

Patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.1)

6C4D.23 Dependencia de las drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP], remisión completa prolongada

Después de un diagnóstico de dependencia de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir drogas disociativas durante 12 meses o más.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.0)

Patrón nocivo de consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.1)

6C4D.2Z Dependencia de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP], sin especificación

6C4D.3 Intoxicación por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]

La intoxicación por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, es un trastorno transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del consumo de drogas disociativas y que se caracteriza por alteraciones en el nivel de conciencia, cognición, percepción, afecto, comportamiento o coordinación. Estas alteraciones están causadas por los efectos farmacológicos conocidos de las drogas disociativas y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad de droga disociativa consumida. Estas alteraciones duran un tiempo limitado y disminuyen a medida que se elimina la droga disociativa del cuerpo. Las características pueden incluir agresión, impulsividad, imprevisibilidad, ansiedad, agitación psicomotora, deterioro del juicio, entumecimiento o disminución de la respuesta al dolor, discurso confuso y distonía. Los signos físicos pueden incluir nistagmo (movimientos oculares reiterados e incontrolables), taquicardia, elevación de la tensión arterial, entumecimiento, ataxia, disartria y rigidez muscular. En algunos casos raros, el consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, puede causar convulsiones.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4D.4 Delirium inducido por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]

El delirium inducido por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, se caracteriza por un estado de alteración de la atención y la conciencia con características específicas de delirio que se desarrolla durante o poco después del consumo de drogas disociativas. La cantidad y duración del consumo de drogas disociativas deben ser suficientes para ser capaces de producir delirium. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de otra sustancia, ni por otra enfermedad clasificada bajo los trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4D.5 Trastorno psicótico inducido por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]

El trastorno psicótico inducido por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, se caracteriza por síntomas psicóticos (por ejemplo, delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con drogas disociativas. La intensidad o la duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos psicóticos de la percepción, la cognición o el comportamiento que son característicos de la intoxicación por drogas disociativas. La cantidad y la duración del uso de drogas disociativas deben ser capaces de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., esquizofrenia o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido al inicio del consumo de drogas disociativas, si los síntomas persistiesen durante un período sustancial después del cese del consumo de drogas disociativas, o si hubiera otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de drogas disociativas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4D.6 Otros trastornos inducidos por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4D.60 Trastorno del estado de ánimo inducido por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]

El trastorno del estado de ánimo inducido por drogas disociativas, incluida la ketamina y la fenciclidina, se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, disminución de la participación en actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con drogas disociativas. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos del estado de ánimo que son característicos de la intoxicación por drogas disociativas. La cantidad y la duración del uso de drogas disociativas deben ser capaces de producir síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido al inicio del consumo de drogas disociativas, si los síntomas persistiesen durante un período sustancial después del cese del consumo de drogas disociativas, o si hubiera otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de drogas disociativas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4D.61 Trastorno de ansiedad inducido por drogas disociativas, incluidas la ketamina o la fenciclidina [PCP]

El trastorno de ansiedad inducido por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina, se caracteriza por síntomas de ansiedad (por ejemplo, aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excesiva activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con drogas disociativas. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación por drogas disociativas. La cantidad y duración del consumo de drogas disociativas deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido al inicio del consumo de drogas disociativas, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después de la interrupción del consumo de la droga disociativa, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de drogas disociativas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4D.Y Otros trastornos especificados debidos al uso de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4D.Z Trastornos debidos al consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP], sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Trastornos debidos al consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos

Los trastornos por consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos, se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas. Además de la intoxicación por otras sustancias psicoactivas especificadas, las sustancias psicoactivas especificadas tienen propiedades que inducen la dependencia, lo que lleva a la dependencia en algunas personas y al síndrome de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo. Otras sustancias psicoactivas especificadas están implicadas en una amplia gama de daños que afectan a la mayor parte de los órganos y sistemas del cuerpo, y que pueden clasificarse como episodio único de consumo nocivo y patrón nocivo de consumo. El daño a terceros producido por el comportamiento causado por la intoxicación con otras sustancias psicoactivas especificadas se incluye en las definiciones de consumo nocivo de otras sustancias psicoactivas especificadas. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por otras sustancias psicoactivas especificadas, así como varias formas de alteración neurocognitiva.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.0 Episodio de consumo nocivo de otras sustancias psicoactivas especificadas

Se trata de un episodio único de consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas o medicamentos que no se incluye en otras clases de sustancias identificadas específicamente bajo los trastornos debidos al comportamiento de sustancias y que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha causado un comportamiento que daña la salud de otros. El daño a la salud de la persona ocurre o una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación por sustancias o el consumo de medicamentos psicoactivos; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse de manera directa al comportamiento relacionado con la intoxicación por sustancias o el consumo de medicación psicoactiva por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de episodio único de consumo nocivo de otras sustancias psicoactivas especificadas. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas.

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada (6C4E.1)

Dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.2)

6C4E.1 Patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada

Se trata de un patrón de consumo de una sustancia psicoactiva especificada o medicamento que no está incluida en otras clases de sustancias identificadas específicamente bajo los trastornos debidos al consumo de sustancias, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de la sustancia es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico y al menos un mes si el consumo es continuo (diario o casi diario). El daño a la salud de la persona puede deberse a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que puedan atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por la sustancia o el medicamento especificados por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada.

Exclusiones: Dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.2)
Episodio de consumo nocivo de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.0)

6C4E.10 Patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada, episódico

Se trata de un patrón de consumo episódico o intermitente de otra sustancia psicoactiva o medicación especificada que no está incluida específicamente en las otras clases de sustancias identificadas bajo los trastornos debidos al consumo de sustancias y que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o ha redundado en un comportamiento que ha llevado al daño a la salud de otros. El patrón de consumo episódico de otras sustancias psicoactivas especificadas es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud de la persona puede ser causado por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse de manera directa al comportamiento debido a la intoxicación por otras sustancias o medicaciones especificadas por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.0)
Dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.2)

6C4E.11

Patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada, continuo

Se trata de un patrón de consumo continuo (diario o casi diario) de otras sustancias psicoactivas especificadas o medicación que no han sido incluidas en otras clases de sustancias identificadas específicamente bajo los trastornos debidos al consumo de sustancias y que ha causado daño a la salud física o mental de una persona. El patrón de consumo continuo de otras sustancias psicoactivas especificadas es evidente durante un período de al menos un mes. El daño puede ser causado por una o varias de las siguientes posibilidades: 1) el comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) los efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos o sistemas del cuerpo; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que pueda atribuirse de manera directa al comportamiento relacionado con la intoxicación por otra sustancia o medicación especificada por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.0)

Dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.2)

6C4E.1Z

Patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada, sin especificación

6C4E.2**Dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas**

La dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas es un trastorno de la regulación del consumo de una sustancia psicoactiva especificada que surge del consumo repetido o continuo de esta sustancia especificada. Su característica central es un fuerte impulso interno a consumir la sustancia psicoactiva especificada, manifestado por la capacidad deteriorada de controlar el consumo, el aumento de la prioridad que se da al consumo sobre otras actividades y la persistencia del uso a pesar del daño y las consecuencias adversas. Estas experiencias están a menudo acompañadas de una sensación subjetiva de deseo o necesidad imperiosa de consumir la sustancia especificada. Las características psicológicas de la dependencia también pueden estar presentes, incluida la tolerancia a los efectos de la sustancia especificada, síntomas de abstinencia tras el cese o la disminución del consumo, o uso reiterado de una sustancia farmacológicamente similar a la sustancia especificada a fin de prevenir o aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia. Las características de la dependencia son evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero se puede aplicar el diagnóstico si el uso es continuo (diario o casi diario) por al menos un mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.0)

Patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada (6C4E.1)

- 6C4E.20** Dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, consumo actual
Dependencia actual de otras sustancias psicoactivas especificadas, con consumo de sustancias psicoactivas en el transcurso del último mes.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.0)
Patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada (6C4E.1)
- 6C4E.21** Dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, remisión completa temprana
Después de un diagnóstico de dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir la sustancia especificada por un período de entre 1 y 12 meses.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.0)
Patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada (6C4E.1)
- 6C4E.22** Dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, remisión parcial prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del consumo de la sustancia especificada por más de 12 meses, de tal forma que aunque haya habido consumo intermitente o continuo durante este período, no se cumplen los requisitos por definición de la dependencia.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.0)
Patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada (6C4E.1)
- 6C4E.23** Dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, remisión completa prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de consumir la sustancia especificada por 12 meses o más.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de otras sustancias psicoactivas especificadas (6C4E.0)
Patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada (6C4E.1)
- 6C4E.2Z** Dependencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, sin especificación

6C4E.3 Intoxicación por otras sustancias psicoactivas especificadas

La intoxicación por otras sustancias psicoactivas especificadas es un trastorno transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del consumo de una sustancia psicoactiva especificada o medicación y que se caracteriza por alteraciones en el nivel de consciencia, cognición, percepción, afecto, comportamiento o coordinación. Estas alteraciones están causadas por los efectos farmacológicos conocidos de la sustancia psicoactiva especificada y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad consumida. Estas alteraciones tienen una duración limitada y disminuyen conforme la sustancia es eliminada del cuerpo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.4 Síndrome de abstinencia de otras sustancias psicoactivas especificadas

El síndrome de abstinencia de otras sustancias psicoactivas especificadas es un grupo clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y características fisiológicas que varían en cuanto a su intensidad y duración, y que ocurren tras la cesación o reducción del consumo de sustancias especificadas en individuos que han desarrollado una dependencia o que han consumido estas sustancias en grandes cantidades. Este síndrome también puede ocurrir cuando se consumen medicamentos recetados en las dosis terapéuticas estándares. Las características específicas del estado de abstinencia dependerán de las propiedades farmacológicas de la sustancia en cuestión.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.40 Síndrome de abstinencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, sin complicaciones

Desarrollo de un síndrome de abstinencia que no está acompañado por alteraciones perceptuales y convulsiones después de la cesación o reducción del consumo de la sustancia especificada.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.41 Síndrome de abstinencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, con alteraciones perceptuales

Desarrollo del estado de abstinencia acompañado por alteraciones perceptuales, aunque no por convulsiones, después de la cesación o reducción del consumo de la sustancia especificada.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.42 Síndrome de abstinencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, con convulsiones

Desarrollo de un estado de abstinencia acompañado de convulsiones, aunque no de alteraciones perceptuales, después de la cesación o reducción del consumo de la sustancia especificada.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.43 Síndrome de abstinencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, con alteraciones perceptuales y convulsiones
Desarrollo de un síndrome de abstinencia acompañado por alteraciones perceptuales y convulsiones después de la cesación o reducción del consumo de la sustancia especificada.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.4Z Síndrome de abstinencia de otras sustancias psicoactivas especificadas, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.5 **Delirium inducido por otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidas las medicaciones**

El delirium inducido por otras sustancias psicoactivas especificadas se caracteriza por un estado agudo de alteración de la atención y la conciencia con características específicas de delirio que se desarrolla durante el consumo o el cese del consumo de la sustancia psicoactiva especificada. La intensidad y duración del consumo deben ser suficientes para producir delirium. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de una sustancia distinta, o por otra enfermedad que no está clasificada bajo los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.6 **Trastorno psicótico inducido por otras sustancias psicoactivas especificadas**

El trastorno psicótico inducido por otra sustancia psicoactiva especificada se caracteriza por síntomas psicóticos (p. ej., delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia psicoactiva específica. La intensidad o la duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia psicoactiva específica. La cantidad y la duración del consumo de la sustancia psicoactiva especificada deben ser capaces de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, esquizofrenia o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido el inicio del consumo de la sustancia psicoactiva especificada, si los síntomas persistiesen durante un período sustancial después del cese del consumo de la sustancia psicoactiva especificada o la abstinencia de la sustancia psicoactiva especificada, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de la sustancia psicoactiva especificada).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.7 **Otros trastornos inducidos por sustancias psicoactivas especificadas**

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.70 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias psicoactivas especificadas

El trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias psicoactivas especificadas se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, menor participación en actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia psicoactiva especificada. La cantidad y la duración del consumo de la sustancia psicoactiva especificada deben ser capaces de producir los síntomas del trastorno del estado de ánimo. Estos síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar o un trastorno esquizoafectivo), como podría haber sido el caso si los síntomas relacionados con el estado de ánimo hubieran precedido al inicio del consumo de la sustancia psicoactiva especificada, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo o la abstinencia de la sustancia psicoactiva especificada, o si hubiera otro indicio de un trastorno mental primario (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores que no están asociados con el consumo de la sustancia psicoactiva especificada).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.71 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias psicoactivas especificadas

El trastorno de ansiedad inducido por otra sustancia psicoactiva especificada se caracteriza por síntomas de ansiedad (p. ej., aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excitación autonómica excesiva, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia psicoactiva específica. La intensidad o la duración de los síntomas es sustancialmente superior a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia psicoactiva especificada. La cantidad y la duración del consumo de la sustancia psicoactiva especificada deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad hubieran precedido al inicio del consumo de la sustancia psicoactiva especificada, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo de la sustancia psicoactiva especificada o la abstinencia de ella, o si hubiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de la sustancia psicoactiva especificada).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.72 Trastorno obsesivo-compulsivo u otro trastorno relacionado inducido por otra sustancia psicoactiva especificada

El trastorno obsesivo-compulsivo u otro trastorno relacionado inducido por otra sustancia psicoactiva especificada se caracteriza por pensamientos o preocupaciones intrusivas repetitivas, normalmente asociadas con la ansiedad y típicamente acompañadas por comportamientos repetitivos realizados en respuesta, o por acciones recurrentes y habituales dirigidas al tegumento (por ejemplo, arrancarse el pelo o extraerse la piel) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia psicoactiva específica. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos análogos que son característicos de la intoxicación o la abstinencia de la sustancia psicoactiva especificada. La cantidad y duración del consumo de la sustancia psicoactiva especificada deben ser capaces de producir síntomas obsesivo-compulsivos o relacionados. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (en particular un trastorno obsesivo-compulsivo o relacionado), como podría ser el caso si los síntomas hubieran precedido al inicio del consumo de sustancias psicoactivas especificadas, si los síntomas persistiesen durante un período sustancial después de la interrupción del uso o la abstinencia de la sustancia psicoactiva especificada, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas obsesivo-compulsivos o relacionados (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de la sustancia psicoactiva especificada).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.73 Trastorno del control de los impulsos inducido por otra sustancia psicoactiva especificada

El trastorno del control de los impulsos inducido por otra sustancia psicoactiva especificada se caracteriza por comportamientos repetidos persistentemente en los cuales hay una falla recurrente para resistir un impulso o necesidad de realizar un acto que es gratificante para la persona, al menos a corto plazo, a pesar de daño a largo plazo ya sea para el individuo o para otras personas (p. ej., incendio o robo sin motivo aparente, comportamiento sexual repetitivo, arrebatos agresivos) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia psicoactiva especificada. La intensidad o la duración de los síntomas es sustancialmente superior a las alteraciones del control de los impulsos que son características de la intoxicación o la abstinencia de la sustancia psicoactiva especificada. La cantidad y la duración del uso de sustancias psicoactivas especificadas deben ser capaces de producir alteraciones en el control de los impulsos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno de control de impulso, un trastorno debido a conductas adictivas), como podría ser el caso si las alteraciones de control de impulso hubieran precedido el inicio del consumo de la sustancia psicoactiva especificada, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del uso o la abstinencia de la sustancia psicoactiva especificada, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de control de impulsos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de la sustancia psicoactiva especificada).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4E.Z Trastornos debidos al consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F

Trastornos debidos al consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos

Los trastornos debidos al consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos, se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas. Además de la intoxicación debida a múltiples sustancias psicoactivas especificadas, las sustancias especificadas múltiples tienen propiedades inductoras de dependencia, lo que genera dependencia en algunas personas y el síndrome de abstinencia cuando se reduce o interrumpe el uso. Múltiples sustancias psicoactivas especificadas están implicadas en una amplia gama de daños que afectan a la mayoría de los órganos y sistemas del cuerpo, que pueden clasificarse como episodio único de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas y patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas especificadas múltiples. El daño a otros debido al comportamiento durante la intoxicación por múltiples sustancias psicoactivas especificadas se incluye en las definiciones de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas. Se reconocen varios trastornos mentales inducidos por múltiples sustancias psicoactivas especificadas.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.0 Episodio de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas

Un episodio único de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas o medicamentos que no están incluidos en las otras clases de sustancias indicadas en los trastornos debidos al consumo de sustancias que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha llevado a un comportamiento que produce daños a la salud de los demás. El daño a la salud del individuo ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación por múltiples sustancias o el consumo de medicamentos psicoactivos; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento debido a la intoxicación por múltiples sustancias o al consumo de medicamentos psicoactivos por parte de la persona a quien se aplica el diagnóstico de episodio único de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas. Este diagnóstico no debe aplicarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de múltiples sustancias psicoactivas.

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.1)

Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.2)

6C4F.1 Patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas

Se trata de un patrón de consumo de múltiples sustancias psicoactivas o medicamentos especificados que no están incluidos en las otras clases de sustancias indicadas específicamente bajo los trastornos debidos al consumo de sustancias, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de la sustancia es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico y al menos un mes si el consumo es continuo (diario o casi diario). El daño a la salud de la persona puede deberse a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que puedan atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por múltiples sustancias o medicación psicoactiva por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.0)
Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.2)

6C4F.10 Patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, episódico

Se trata de un patrón de consumo episódico o intermitente de una sustancia o un medicamento psicoactivo específico que no está incluido en las otras clases de sustancias específicamente indicadas en los trastornos debido al consumo de sustancias y que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que han redundado en comportamientos que han causado daño a la salud de los demás. El patrón de consumo episódico de sustancias es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud del individuo ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por la sustancia o medicación especificada por parte de la persona a quien se le diagnostica un patrón de consumo perjudicial de otra sustancia psicoactiva especificada.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.0)
Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.2)

6C4F.11 Patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, continuo

Se trata de un patrón de consumo continuo (diario o casi diario) de múltiples sustancias psicoactivas o medicamentos que no está incluido en las otras clases de sustancias específicamente indicadas en los trastornos debidos al consumo de sustancias y que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que han llevado a un comportamiento que ha dañado la salud de terceros. El patrón de consumo continuo de sustancias es evidente durante un período de al menos un mes. El daño a la salud del individuo ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación por múltiples sustancias o consumo de medicamentos psicoactivos; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por múltiples sustancias o medicamentos psicoactivos por parte de la persona a quien se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.0)
Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.2)

6C4F.1Z Patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, sin especificación

6C4F.2 **Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas**

La dependencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas es un trastorno de la regulación del consumo de múltiples sustancias especificadas que surge del consumo repetido o continuo de las sustancias especificadas. El rasgo característico es un fuerte impulso interno de consumir las sustancias especificadas, que se manifiesta por la incapacidad de controlar el consumo, aumentando la prioridad otorgada al consumo sobre otras actividades y la persistencia del consumo a pesar de daños o consecuencias negativas. Estas experiencias suelen ir acompañadas de una sensación subjetiva de necesidad o deseo de consumir las sustancias especificadas. También puede haber características fisiológicas de la dependencia, incluida la tolerancia a los efectos de las sustancias especificadas, los síntomas de abstinencia después del cese o la reducción en el consumo de las sustancias especificadas, o el consumo repetido de las sustancias especificadas o sustancias farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia. Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico se puede hacer si el consumo de las sustancias especificadas es continuo (diario o casi diario) durante al menos 1 mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.0)
Patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.1)

6C4F.20 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, uso actual.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.0)
 Patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.1)

6C4F.21 Dependencia múltiple especificada de sustancias psicoactivas, remisión completa temprana

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.0)
 Patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.1)

6C4F.22 Dependencia múltiple especificada de sustancias psicoactivas, remisión parcial sostenida

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.0)
 Patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.1)

6C4F.23 Dependencia múltiple especificada de sustancias psicoactivas, remisión completa sostenida

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.0)
 Patrón nocivo de consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas (6C4F.1)

6C4F.2Z Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, sin especificación

6C4F.3 Intoxicación por múltiples sustancias psicoactivas especificadas

La intoxicación debida a múltiples sustancias psicoactivas especificadas es un estado transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del consumo de múltiples sustancias o medicamentos específicos que se caracteriza por trastornos en la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de las múltiples sustancias psicoactivas especificadas y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad consumida. Los efectos tienen una duración limitada y disminuyen a medida que las múltiples sustancias especificadas se eliminan del organismo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.4 Síndrome de abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas

El síndrome de abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y características fisiológicas, que varían en cuanto a su gravedad y duración, y que se producen al cesar o reducir el consumo de múltiples sustancias especificadas en individuos que han desarrollado dependencia o han consumido las sustancias especificadas por un período prolongado o en grandes cantidades. El síndrome de abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas también puede ocurrir cuando se han consumido medicamentos psicoactivos recetados en dosis terapéuticas estándares. Las características específicas del estado de abstinencia dependen de las propiedades farmacológicas de las sustancias especificadas y sus interacciones.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.40 Síndrome de abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, sin complicaciones

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.41 Síndrome de abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, con trastornos de la percepción

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.42 Síndrome de abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, con convulsiones

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.43 Síndrome de abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, con trastornos de la percepción y convulsiones

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.4Y Otro síndrome especificado de abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.4Z Síndrome de abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.5 Delirium inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos

El delirium inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas se caracteriza por un estado agudo de atención perturbada y conciencia con características específicas del delirio que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia del consumo o durante el consumo de múltiples sustancias especificadas. La cantidad y la duración del consumo de las múltiples sustancias especificadas deben ser capaces de producir delirium. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de una sustancia que no sea la especificada, o por otra afección de salud que no está clasificada en los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.6 Trastorno psicótico inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas

El trastorno psicótico inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas se caracteriza por síntomas psicóticos (por ejemplo, delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de sustancias psicoactivas especificadas. La intensidad o la duración de los síntomas es sustancialmente superior a los trastornos psicóticos de percepción, cognición o comportamiento que son característicos de la intoxicación o la abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas específicas. La cantidad y duración del consumo de las múltiples sustancias psicoactivas especificadas deben ser capaces de producir síntomas psicóticos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (p. ej., esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido al inicio del consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, si los síntomas persistieran durante un período considerable después del cese del consumo de las sustancias psicoactivas múltiples especificadas o la abstinencia, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (p. ej., antecedentes de episodios no asociados con el consumo de las sustancias psicoactivas especificadas múltiples).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.7 Otros trastornos inducidos por múltiples sustancias psicoactivas especificadas

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.70 Trastorno del estado de ánimo inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas

El trastorno del estado de ánimo inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, disminución de la participación en actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de sustancias psicoactivas específicas. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos del estado de ánimo que son característicos de la intoxicación o la abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas. La cantidad y duración del consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas deben ser capaces de producir síntomas del estado de ánimo. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo hubieran precedido al inicio del consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo o la abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.71

Trastorno de ansiedad inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas

El trastorno de ansiedad inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas se caracteriza por síntomas de ansiedad (p. Ej., Aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de exceso de activación autonómica, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o el retiro de múltiples sustancias psicoactivas específicas. La intensidad o duración de los síntomas es sustancialmente superior a los síntomas de ansiedad que son característicos de la intoxicación o la abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas específicas. La cantidad y la duración del uso de las múltiples sustancias psicoactivas especificadas deben ser capaces de producir síntomas de ansiedad. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad precedieron al inicio del uso de las múltiples sustancias psicoactivas síntomas especificados, si los síntomas persisten durante un período de tiempo considerable después del cese del uso de las sustancias psicoactivas múltiples especificadas o de su retirada, o si existe otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (p. ej., un historial de episodios anteriores no asociados con el uso de sustancias psicoactivas especificadas múltiples).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.72

Trastorno obsesivo-compulsivo u otro trastorno relacionado inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas

El trastorno obsesivo-compulsivo u otro trastorno relacionado inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas se caracteriza por pensamientos o preocupaciones intrusivas repetitivas, normalmente asociadas con la ansiedad y típicamente acompañadas por conductas repetitivas realizadas en respuesta, o por acciones recurrentes y habituales dirigidas al tegumento (por ejemplo, arrancamiento del pelo, rasguños de la piel) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas específicas. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a los trastornos análogos que son característicos de la intoxicación o la abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas. La cantidad y la duración del consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas deben ser capaces de producir síntomas obsesivo-compulsivos o relacionados. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (en particular un trastorno obsesivo-compulsivo u otro relacionado), como podría ser el caso si los síntomas hubieran precedido al inicio del consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo o la abstinencia, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas obsesivo-compulsivos o relacionados (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.73 Síndrome del control de los impulsos inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas

El trastorno de control de los impulsos inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas se caracteriza por comportamientos repetidos persistentemente en los que hay una falla recurrente para resistir un impulso o controlarlo, o necesidad de realizar un acto que sea gratificante para la persona, al menos en el corto plazo, a pesar de daño a largo plazo ya sea para el individuo o para otras personas (p. ej., incendio o robo sin motivo aparente, comportamiento sexual repetitivo, arrebatos agresivos) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas específicas. La intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente superiores a las alteraciones del control de los impulsos que son características de la intoxicación o la abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas. La cantidad y la duración del consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas deben ser capaces de producir alteraciones en el control de los impulsos. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno de control de impulso, un trastorno debido a conductas adictivas), como podría ser el caso si las perturbaciones del control de los impulsos hubieran precedido el inicio del consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo o la abstinencia de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de control de impulsos (p. ej., antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.Y Otros trastornos especificados debidos al consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4F.Z Trastornos debidos al consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas

Los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas se caracterizan por el patrón y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas. Además de la intoxicación debida a sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, las sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas tienen propiedades inductoras de dependencia, lo que puede causar una dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas en algunas personas y el síndrome de abstinencia debido a sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas cuando se reduce o interrumpe su consumo. Las sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas están implicadas en una amplia gama de daños que afectan a la mayoría de los órganos y sistemas del cuerpo, que pueden clasificarse como episodio único de consumo nocivo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas y patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas. El daño a terceros debido al comportamiento durante la intoxicación por una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada se incluye en las definiciones de consumo nocivo de una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada. Se reconocen varios trastornos mentales no especificados inducidos por sustancias psicoactivas.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.0**Episodio de consumo nocivo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas**

Se trata de un episodio único de consumo de una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha provocado un comportamiento que puede dañar la salud de otras personas. El daño a la salud del individuo ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación o la abstinencia; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento debido a la intoxicación por sustancias o la abstinencia por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de episodio único de consumo nocivo. Este diagnóstico no debe hacerse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada.

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.1)

Dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.2)

6C4G.1 Patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas

Se trata de un patrón de consumo de una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que conduce a daño a la salud de los demás. El patrón de consumo de la sustancia es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico y al menos un mes si el consumo es continuo (diario o casi diario). El daño a la salud de la persona puede deberse a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas del cuerpo; 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, y de trastorno mental que puedan atribuirse directamente al comportamiento debido a la intoxicación por la sustancia por parte de la persona a la que se está aplicando el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.0)
Dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.2)

6C4G.10 Patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, episódico

Se trata de un patrón de consumo episódico o intermitente de una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha redundado en un comportamiento que puede dañar la salud de otras personas. El patrón de consumo de sustancias episódicas es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño a la salud del individuo ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por sustancias por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.0)
Dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.2)

6C4G.11 Patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, continuo

Se trata de un patrón de consumo continuo (diario o casi diario) de una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o ha llevado a un comportamiento que puede dañar la salud de otras personas. El patrón de consumo continuo de sustancias es evidente durante un período de al menos un mes. El daño a la salud del individuo ocurre debido a una o varias de las siguientes posibilidades: 1) comportamiento relacionado con la intoxicación; 2) efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas corporales; o 3) vía perjudicial de administración. El daño a la salud de terceros incluye toda forma de daño físico, incluidos los traumatismos, o de trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por sustancias por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.0)

Dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.2)

6C4G.1Z Patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, sin especificación

6C4G.2 Dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas

La dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas es un trastorno de la regulación del uso de una sustancia desconocida o no especificada que surge del uso repetido o continuo de la sustancia. El rasgo característico es un fuerte impulso interno para usar la sustancia desconocida o no especificada, que se manifiesta por la incapacidad de controlar el uso, aumentando la prioridad otorgada al uso sobre otras actividades y la persistencia del uso a pesar del daño o las consecuencias negativas. Estas experiencias suelen ir acompañadas de una sensación subjetiva de necesidad o deseo de usar la sustancia desconocida o no especificada. Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico se puede hacer si el uso de la sustancia desconocida o no especificada es continuo (diario o casi diario) durante al menos 1 mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.0)

Patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.1)

6C4G.20 Dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, consumo actual

Dependencia actual de una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, con consumo de la sustancia en el transcurso del último mes.

Exclusiones: Episodio de consumo nocivo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.0)

Patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.1)

- 6C4G.21** Dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, remisión completa temprana
Después de un diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas y, a menudo, después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo ha sido capaz de abstenerse de consumir la sustancia por un período de entre 1 y 12 meses.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.0)
Patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.1)
- 6C4G.22** Dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, remisión parcial prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas y, a menudo, después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del consumo de la sustancia por más de 12 meses, de forma tal que aunque haya habido consumo de la sustancia intermitente o continuo durante este período, no se cumplen los requisitos por definición de la dependencia.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.0)
Patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.1)
- 6C4G.23** Dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, remisión completa prolongada
Después de un diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, remisión total prolongada y, a menudo, después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo ha sido capaz de abstenerse de la sustancia por 12 meses o más.
- Exclusiones:** Episodio de consumo nocivo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.0)
Patrón nocivo de consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.1)
- 6C4G.2Z** Unknown or unspecified psychoactive substance dependence, substance and state of remission unspecified [No translation available]

6C4G.3 Intoxicación por sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas

La intoxicación por sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas es un estado transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después de la administración de sustancias psicoactivas desconocidas o sin especificación que se caracteriza por alteraciones en el nivel de conciencia, cognición, percepción, afecto o comportamiento, u otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Este diagnóstico debe hacerse solo cuando hay fuertes indicios de que se ha consumido una sustancia no identificada y las características no pueden ser explicadas por otra enfermedad o trastorno.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.4 Síndrome de abstinencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas

El síndrome de abstinencia debido a una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos o características fisiológicas que varían en cuanto a su intensidad y duración, y que se producen al cesar o reducir el consumo de una sustancia desconocida o no especificada en individuos que han desarrollado dependencia o han consumido la sustancia desconocida o no especificada por un período prolongado o en grandes cantidades. El síndrome de abstinencia debido a una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada también puede ocurrir cuando se han usado medicamentos psicoactivos recetados en dosis terapéuticas estándares. Las características específicas del estado de abstinencia dependen de las propiedades farmacológicas de la sustancia desconocida o no especificada.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.40 Síndrome de abstinencia de una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, sin complicaciones

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico del síndrome de abstinencia debido a una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, y el estado de abstinencia no se acompaña de trastornos perceptivos o convulsiones.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.41 Síndrome de abstinencia por sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, con trastornos perceptivos

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico del síndrome de abstinencia debido a una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, y el estado de abstinencia se acompaña de trastornos perceptivos (por ejemplo, alucinaciones visuales o táctiles o ilusiones ópticas) con pruebas de realidad intacta. No hay evidencia de confusión y no se cumplen otros requisitos de diagnóstico para el delirio. El estado de abstinencia no está acompañado de convulsiones.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.42 Síndrome de abstinencia por sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, con convulsiones

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico del síndrome de abstinencia debido a una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada y el estado de abstinencia está acompañado por convulsiones (es decir, convulsiones tónico-clónicas generalizadas), aunque no por alteraciones de la percepción.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.43 Síndrome de abstinencia por sustancias psicoactivas desconocidas o sin especificación, con trastornos perceptivos y convulsiones
Desarrollo de un síndrome de abstinencia acompañado por alteraciones perceptuales y por convulsiones después de la cesación o reducción del consumo de la sustancia desconocida o sin especificación.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.4Z Síndrome de abstinencia de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.5 **Delirium inducido por sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas**

El delirium inducido por una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada se caracteriza por un estado agudo de atención perturbada y conciencia con características específicas de delirium que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de la sustancia o durante el consumo de una sustancia desconocida o no especificada. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el consumo o la abstinencia de otra sustancia, o por otra afección de salud que no esté clasificada en los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.6 **Trastorno psicótico inducido por sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas**

El trastorno psicótico inducido por una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada se caracteriza por síntomas psicóticos (p. ej., delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento sumamente desorganizado) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), como podría ser el caso si los síntomas psicóticos hubieran precedido el inicio del consumo de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, si los síntomas persistieran durante un período considerable después del cese del consumo de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada o la abstinencia de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas psicóticos (por ejemplo, antecedentes de episodios anteriores no asociados con el consumo de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.7 **Otros trastornos inducidos por sustancias psicoactivas desconocidos o no especificados**

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.70 Trastorno del estado de ánimo provocado por sustancia psicoactiva desconocida o no especificada

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias psicoactivas desconocidas o sin especificación se caracteriza por síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o elevado, disminución de la participación en actividades placenteras, aumento o disminución de los niveles de energía) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o el retiro de una sustancia psicoactiva específica. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo), como podría ser el caso si los síntomas del estado de ánimo precedieron al inicio del uso de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, si los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial después de la interrupción o la retirada del uso de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, o si hay otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas del estado de ánimo (por ejemplo, un historial de episodios anteriores no asociados con el uso de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.71 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias psicoactivas desconocidas o sin especificación

El trastorno de ansiedad inducido por una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada se caracteriza por síntomas de ansiedad (p. Ej., Aprehensión o preocupación, miedo, síntomas fisiológicos de excitación autónoma excesiva, comportamiento de evitación) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o el retiro de una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno relacionado con la ansiedad y el miedo, un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad prominentes), como podría ser el caso si los síntomas de ansiedad precedieron el inicio del uso de lo desconocido o Sustancia psicoactiva no especificada, si los síntomas persisten durante un período de tiempo considerable después del cese del uso de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, o la retirada de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, o si existe otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de ansiedad (por ejemplo, un historial de episodios anteriores no asociados con el uso de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.72 Trastorno obsesivo-compulsivo o relacionado inducido por una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada

El trastorno obsesivo-compulsivo o relacionado inducido por una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada se caracteriza por pensamientos o preocupaciones intrusivas repetitivas, normalmente asociadas con la ansiedad y típicamente acompañadas por comportamientos repetitivos realizados en respuesta, o por acciones recurrentes y habituales dirigidas al tegumento (por ejemplo, arrancar el cabello, recoger la piel) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la retirada de una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (en particular un trastorno obsesivo-compulsivo o relacionado), como podría ser el caso si los síntomas precedieron al inicio del uso de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, si los síntomas persisten durante un tiempo considerable. Período de tiempo después del cese del uso o la retirada de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, o si existe otra evidencia de un trastorno mental primario preexistente con síntomas obsesivo-compulsivos o relacionados (por ejemplo, un historial de episodios anteriores no asociados con el uso de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.73 Trastorno de control de los impulsos inducido por una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada

El trastorno de control de los impulsos inducido por una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada se caracteriza por comportamientos repetidos persistentemente en los que hay una falla recurrente para resistir un impulso o necesidad imperiosa de realizar un acto que es gratificante para la persona, al menos a corto plazo, a pesar del daño a más largo plazo ya sea para el individuo o para otras personas (p. ej., incendio o robo sin motivo aparente, comportamiento sexual repetitivo, arrebatos agresivos) que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación con una sustancia psicoactiva desconocida o no especificada. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario (por ejemplo, un trastorno del control de los impulsos, un trastorno debido a comportamientos adictivos), como podría ser el caso si las perturbaciones del control de los impulsos hubieran precedido el inicio del consumo de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del uso o la abstinencia de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada, o si existiese otro indicio de un trastorno mental primario preexistente con síntomas de control de impulsos (p. ej., antecedentes de episodios previos no asociados con el consumo de la sustancia psicoactiva desconocida o no especificada).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.Y **Otros trastornos especificados debidos al consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas**

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4G.Z **Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas, sin especificación**

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6C4H**Trastornos debidos al consumo de sustancias no psicoactivas**

Los trastornos debidos al uso de sustancias no psicoactivas se caracterizan por el patrón y las consecuencias del uso de sustancias no psicoactivas. Las sustancias no psicoactivas están implicadas en una amplia gama de daños que afectan a la mayoría de los órganos y sistemas del cuerpo, que pueden clasificarse como Episodio único de uso nocivo de sustancias no psicoactivas y Patrón nocivo de uso de sustancias no psicoactivas.

6C4H.0**Episodio de consumo nocivo de sustancias no psicoactivas**

Episodio único de consumo de sustancias no psicoactivas que ha causado daño a la salud física o mental de una persona. El daño a la salud del individuo se produce por efectos tóxicos directos o secundarios en los órganos y sistemas corporales o por una vía perjudicial de administración. Este diagnóstico no debe realizarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de consumo de sustancias no psicoactivas

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de sustancias no psicoactivas (6C4H.1)

6C4H.1**Patrón nocivo de consumo de sustancias no psicoactivas**

Se trata de un patrón de consumo de sustancias no psicoactivas que ha causado daños a la salud física o mental de una persona. El patrón de consumo es evidente durante un período de al menos 12 meses si el consumo es episódico y al menos un mes si el consumo es continuo (diario o casi diario). El daño a la salud de la persona puede estar causado por los efectos tóxicos directos o secundarios de la sustancia en los órganos y sistemas del cuerpo, o por una vía perjudicial de administración.

Inclusiones: abuso de antiácidos
abuso de hormonas
abuso de remedios herbales o populares
abuso de vitaminas
hábito de consumir laxantes

Exclusiones: Patrón nocivo de consumo de otra sustancia psicoactiva especificada (6C4E.1)
Episodio de consumo nocivo de sustancias no psicoactivas (6C4H.0)

6C4H.10**Patrón nocivo de consumo de sustancias no psicoactivas, episódico**

Se trata de un patrón de consumo episódico o intermitente de una sustancia no psicoactiva que ha causado daño a la salud física o mental de una persona. El patrón de consumo episódico o intermitente de la sustancia no psicoactiva es evidente durante un período de al menos 12 meses. El daño puede ser causado por los efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas del cuerpo, o una vía perjudicial de administración.

- 6C4H.11** Patrón nocivo de consumo de sustancias no psicoactivas, continuo
Se trata de un patrón de consumo continuo de una sustancia no psicoactiva (diario o casi diario) que ha causado daño a la salud física o mental de una persona. El patrón de consumo continuo de la sustancia no psicoactiva es evidente durante un período de al menos un mes. El daño puede ser causado por los efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas del cuerpo, o una vía perjudicial de administración.
- 6C4H.1Z** Patrón nocivo de consumo de sustancias no psicoactivas, sin especificación
- 6C4H.Y** **Otros trastornos especificados debidos al consumo de sustancias no psicoactivas**
- 6C4H.Z** **Trastornos debidos al consumo de sustancias no psicoactivas, sin especificación**
- 6C4Y** **Otros trastornos específicos debidos al consumo de sustancias**
- 6C4Z** **Trastornos por consumo de sustancias, sin especificación**

Trastornos debidos a comportamientos adictivos (BlockL2-6C5)

Los trastornos debidos a comportamientos adictivos son síndromes reconocibles y clínicamente significativos asociados con malestar o interferencia con las funciones personales que se desarrollan como resultado de comportamientos repetitivos en búsqueda de alguna recompensa que no implican el uso de sustancias que producen dependencia. Los trastornos debidos a comportamientos adictivos incluyen el trastorno por juego de apuestas y el trastorno por uso de videojuegos, lo que puede implicar comportamientos tanto en línea como fuera de línea.

6C50

Trastorno por juego de apuestas

El trastorno por juego de apuestas se caracteriza por un patrón de comportamiento persistente o recurrente de juego de apuestas, que puede ser en línea (es decir, por internet) o no, y que se manifiesta por:

1. deterioro en el control sobre el juego de apuestas (por ejemplo, con respecto al inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto);
2. incremento en la prioridad dada al juego de apuestas al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y
3. continuación o incremento del juego de apuestas a pesar de que tenga consecuencias negativas.

El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

Inclusiones: jugador compulsivo

Exclusiones: Trastorno bipolar de tipo I (6A60)

Trastorno bipolar de tipo II (6A61)

Trastorno por juegos de azar o apuestas en una medida peligrosa (QE21)

6C50.0 Trastorno por juego de apuestas, predominantemente fuera de línea

El trastorno por juegos de apuesta predominantemente fuera de línea se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego de apuestas persistente o recurrente que no se realiza principalmente por Internet y se manifiesta por:

1. deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto);
2. incremento en la prioridad dada al juego de apuestas al grado que se antpone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y
3. continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.

El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

Exclusiones: Trastorno por juegos de azar o apuestas en una medida peligrosa (QE21)

6C50.1 Trastorno por juego de apuestas, predominantemente en línea

El trastorno por juego de apuestas predominantemente en línea se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego de apuestas persistente o recurrente que se realiza principalmente por Internet y se manifiesta por:

1. deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto);
2. incremento en la prioridad dada al juego de apuestas al grado que se antpone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y
3. continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.

El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

Exclusiones: Trastorno por juegos de azar o apuestas en una medida peligrosa (QE21)

6C50.Z Trastorno por juego de apuestas, sin especificación

Trastorno por uso de videojuegos

El trastorno por uso de videojuegos se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego persistente o recurrente ("juegos digitales" o "videojuegos"), que puede ser en línea (es decir, por internet) o fuera de línea, y que se manifiesta por:

1. deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto);
2. incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antpone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y
3. continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.

El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

Exclusiones: Trastorno por uso de juegos digitales en una medida peligrosa (QE22)
Trastorno bipolar de tipo I (6A60)
Trastorno bipolar de tipo II (6A61)

6C51.0

Trastorno por uso de videojuegos, predominantemente en línea

El trastorno por uso de videojuegos predominantemente en línea se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego ("juegos digitales" o "videojuegos") persistente o recurrente que se realiza principalmente por Internet y se manifiesta por:

1. deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto);
2. incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antpone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y
3. continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.

El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

6C51.1 Trastorno por uso de videojuegos, predominantemente fuera de línea

El trastorno por uso de videojuegos predominantemente fuera de línea se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego ("juego digital" o "juego de video") persistente o recurrente que no se realiza principalmente por internet y se manifiesta por:

1. deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto);
2. incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antpone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y
3. continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.

El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

6C51.Z Trastorno por uso de videojuegos, sin especificación

6C5Y Otros trastornos especificados debidos a comportamientos adictivos

6C5Z Trastornos debidos a comportamientos adictivos, sin especificación

Trastornos del control de los impulsos (BlockL1-6C7)

Los trastornos del control de los impulsos se caracterizan por el fracaso repetido de resistir un impulso, pulsión o necesidad de realizar un acto que es gratificante para la persona, al menos en el corto plazo, a pesar de consecuencias como el daño a largo plazo para el individuo o para otros, marcado malestar en relación con el patrón de comportamiento, o deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. Los trastornos del control de los impulsos involucran una variedad de comportamientos específicos que incluyen el incendio, el robo, el comportamiento sexual y los arrebatos explosivos.

Codificado en otra parte: Trastornos del control de los impulsos inducidos por sustancias

Trastorno por juego de apuestas (6C50)

Trastorno por uso de videojuegos (6C51)

Síndrome secundario de control de los impulsos (6E66)

Trastornos por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo (6B25)

6C70

Piromanía

La piromanía se caracteriza por una falla recurrente en el control de los impulsos fuertes para provocar incendios, lo que da lugar a múltiples actos o intentos de incendiar bienes u otros objetos, en ausencia de un motivo inteligible (por ejemplo, ganancia monetaria, venganza, sabotaje, manifestación política, deseo de atraer la atención o lograr reconocimiento). Hay una sensación creciente de tensión o excitación afectiva antes de los casos de incendio, fascinación persistente o preocupación por el fuego y los estímulos relacionados (por ejemplo, observar incendios, construir incendios, fascinación por el equipo de extinción de incendios) y una sensación de placer, emoción y alivio o gratificación durante e inmediatamente después del acto de prender fuego, presenciar sus efectos o participar en sus consecuencias. El comportamiento no se explica mejor por un deterioro intelectual, otro trastorno mental y del comportamiento o la intoxicación por sustancias.

Inclusiones: fijación patológica con el fuego

Exclusiones: Trastorno de comportamiento disocial (6C91)

Trastorno bipolar de tipo I (6A60)

Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios
(BlockL1-6A2)

Incendio como motivo de observación por sospechas de
trastornos mentales o del comportamiento, descartado

6C71**Cleptomanía**

La cleptomanía se caracteriza por una falla recurrente en el control de los impulsos fuertes para robar objetos en ausencia de un motivo inteligible (por ejemplo, los objetos no se adquieren para uso personal o ganancia monetaria). Existe una creciente sensación de tensión o excitación afectiva antes de los casos de robo y una sensación de placer, emoción, alivio o gratificación durante e inmediatamente después del robo. El comportamiento no se explica mejor por un deterioro intelectual, otro trastorno mental y del comportamiento o la intoxicación por sustancias.

Nota sobre la codificación: Si el robo ocurre dentro del contexto de un trastorno de comportamiento disocial o un episodio maníaco, la cleptomanía no debe ser diagnosticada por separado

Inclusiones: robo patológico

Exclusiones: Robo en las tiendas como motivo de observación por sospecha de trastorno mental, descartado

6C72**Trastorno por comportamiento sexual compulsivo**

El trastorno por comportamiento sexual compulsivo se caracteriza por un patrón persistente de incapacidad para controlar los impulsos sexuales intensos y repetitivos que llevan a un comportamiento sexual repetitivo. Los síntomas pueden incluir actividades sexuales repetitivas que se convierten en un punto central de la vida de la persona hasta el punto de descuidar la salud y el cuidado personal u otros intereses, actividades y responsabilidades; numerosos intentos fallidos por reducir significativamente el comportamiento sexual repetitivo; y un comportamiento sexual repetitivo continuo a pesar de las consecuencias adversas o de que deriva poca o ninguna satisfacción. El patrón de incapacidad para controlar los impulsos sexuales intensos y el comportamiento sexual repetitivo resultante se manifiesta durante un período prolongado (por ejemplo, 6 meses o más) y causa un malestar personal marcado o un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. La malestar que está completamente relacionado con los juicios morales y la desaprobación acerca de los impulsos o conductas sexuales no es suficiente para cumplir con este requisito.

Exclusiones: Trastornos parafilicos (BlockL1-6D3)

6C73**Trastorno explosivo intermitente**

El trastorno explosivo intermitente se caracteriza por episodios breves y repetidos de agresión verbal o física o destrucción de bienes que representan una falla en el control de los impulsos agresivos, con la intensidad de la explosión o el grado de agresividad totalmente desproporcionados a la provocación o la precipitación de estresores psicosociales. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo y no forman parte de un patrón de enojo e irritabilidad crónicos (por ejemplo, en el trastorno de oposición desafiante). El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para causar un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.

Exclusiones: Trastorno desafiante y oposicionista (6C90)

6C7Y**Otros trastornos especificados del control de los impulsos**

Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial (BlockL1-6C9)

Los trastornos de comportamiento disruptivo y disocial se caracterizan por problemas comportamentales persistentes que van desde marcados comportamientos desafiantes, desobedientes, provocadores o maliciosos (es decir, disruptivos) hasta aquellos que violan persistentemente los derechos básicos de otros o importantes normas, reglas o leyes propias de la edad (es decir, disociales). Estos trastornos se inician comúnmente, aunque no siempre, en la infancia

6C90**Trastorno desafiante y oposicionista**

El trastorno desafiante y oposicionista es un patrón persistente (por ejemplo, 6 meses o más) de comportamiento marcadamente desafiante, desobediente, provocativo o malicioso que ocurre con más frecuencia de lo que se observa típicamente en individuos de edades y nivel de desarrollo similares, y que no se limita a la interacción con los hermanos. El trastorno desafiante y oposicionista puede manifestarse en un estado de ánimo enojado o irritable persistente, a menudo acompañado por arrebatos graves de mal genio o comportamiento obstinado, desafiante y discutiendo. El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave para causar un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educacional, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

6C90.0**Trastorno desafiante y oposicionista con irritabilidad o enojo crónicos**

Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno desafiante y oposicionista. Esta forma de trastorno se caracteriza por un estado de ánimo predominante y persistentemente enojado o irritable que puede presentarse independientemente de alguna provocación aparente. El estado de ánimo negativo suele ir acompañado de arrebatos de mal genio que se producen regularmente y que son excesivamente desproporcionados en cuanto a su intensidad o duración con respecto a la provocación. La irritabilidad crónica y el enojo son características del funcionamiento del individuo casi todos los días, son observables en múltiples entornos o dominios de funcionamiento (por ejemplo, el hogar, la escuela, las relaciones sociales) y no están restringidos a la relación del individuo con sus padres o tutores. El patrón de irritabilidad y enojo crónicos no se limita a episodios ocasionales (por ejemplo, irritabilidad típica del desarrollo) o períodos específicos (por ejemplo, estado de ánimo irritable en el contexto de episodios maníacos o depresivos).

- 6C90.00** Trastorno desafiante y oposicionista con irritabilidad o enojo crónicos, con emociones prosociales limitadas
Se cumplen todos los requisitos por definición del trastorno desafiante y oposicionista con irritabilidad o enojo crónicos. Además, el individuo exhibe características que a menudo se denominan como "insensibles y carentes de emoción". Estas características incluyen la falta de empatía o sensibilidad a los sentimientos de otros y falta de preocupación por el sufrimiento de otros; falta de remordimiento, vergüenza o culpa de su propio comportamiento (a menos que se desencadene al ser aprehendido), indiferencia relativa a la probabilidad de castigo; falta de preocupación por mal desempeño en la escuela o el trabajo; y limitada expresión de emociones, sentimientos positivos o amor hacia los demás, o solo de manera superficial, hipócrita o instrumental.
- 6C90.01** Trastorno desafiante y oposicionista con irritabilidad o enojo crónicos, con emociones prosociales normales
Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno desafiante y oposicionista con irritabilidad o enojo crónicos. El individuo no exhibe características "insensibles y carentes de emoción", como la falta de empatía o sensibilidad a los sentimientos de los demás y la falta de preocupación por el sufrimiento ajeno.
- 6C90.0Z** Trastorno desafiante y oposicionista con irritabilidad o enojo crónicos, sin especificación
- 6C90.1** **Trastorno desafiante y oposicionista sin irritabilidad o enojo crónicos**
Cumple con todos los requisitos de definición para el trastorno desafiante y oposicionista. Esta forma de trastorno no se caracteriza por un estado de ánimo predominante y persistentemente enojado o irritable, pero presenta un comportamiento obstinado, argumentativo y desafiante.
- 6C90.10** Trastorno desafiante y oposicionista sin irritabilidad o enojo crónicos, con emociones prosociales limitadas
Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno desafiante y oposicionista sin irritabilidad o enojo crónicos. Además, el individuo presenta características que a veces se denominan "insensibles y carentes de emoción". Estas características incluyen falta de empatía o sensibilidad hacia los sentimientos de los demás y falta de preocupación por el sufrimiento ajeno; falta de remordimiento, vergüenza o culpa por su propio comportamiento (a menos que se desencadene al ser aprehendido), relativa indiferencia ante la probabilidad de castigo; falta de preocupación por el bajo rendimiento en la escuela o el trabajo; y expresión limitada de las emociones, particularmente sentimientos positivos o de amor hacia los demás, o solo de manera superficial, insincera o instrumental. Este patrón es generalizado en todas las situaciones y relaciones (es decir, el calificador no debe aplicarse en base a una sola característica, una sola relación o una única instancia de comportamiento) y el patrón es persistente en el tiempo (por ejemplo, al menos 1 año).

- 6C90.11** Trastorno desafiante y oposicionista sin irritabilidad o enojo crónicos, con emociones prosociales normales
- Se cumplen todos los requisitos de definición del trastorno desafiante y oposicionista sin irritabilidad o enojo crónicos. El individuo no exhibe características que se consideren como “insensibles y carentes de emoción”, como falta de empatía o sensibilidad a los sentimientos de los demás y falta de preocupación por el sufrimiento ajeno.
- 6C90.1Z** Trastorno desafiante y oposicionista sin irritabilidad o enojo crónicos, sin especificación
- 6C90.Z** **Trastorno desafiante y oposicionista, sin especificación**
- 6C91** **Trastorno de comportamiento disocial**
- El trastorno de comportamiento disocial se caracteriza por un patrón persistente y repetitivo de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otros o las normas, reglas o leyes sociales apropiadas para la edad, como la agresión hacia personas o animales; destrucción de propiedad; engaño o robo; y otras violaciones graves de las normas. El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para causar un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. Para ser diagnosticado, el patrón de comportamiento debe durar un período considerable (por ejemplo, 12 meses o más). Por lo tanto, los actos disociales o delictivos aislados no son motivo para aplicar este diagnóstico.
- 6C91.0** **Trastorno de comportamiento disocial, inicio en la infancia**
- El trastorno de comportamiento disocial que comienza en la infancia se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otros o las normas, reglas o leyes sociales apropiadas para la edad, como la agresión hacia las personas o los animales; destrucción de propiedad; engaño o robo; y otras violaciones graves de las normas. Para ser diagnosticado, las características del trastorno deben estar presentes durante la infancia antes de la adolescencia (por ejemplo, antes de los 10 años de edad) y el patrón de comportamiento debe durar por un período considerable (por ejemplo, 12 meses o más). Los actos disociativos o criminales aislados no constituyen en sí mismos un motivo para aplicar este diagnóstico.
- 6C91.00** Trastorno de comportamiento disocial, inicio en la infancia, con emociones prosociales limitadas
- Cumple con todos los requisitos por definición del trastorno de comportamiento disocial que se inicia en la infancia. Además, la persona exhibe características que a menudo se denominan como “insensibles y carentes de emoción”. Estas características incluyen falta de empatía o sensibilidad a los sentimientos de otros y falta de preocupación por el sufrimiento ajeno; falta de remordimiento, vergüenza o culpa de su propio comportamiento (a menos que se desencadene al ser aprehendido), indiferencia relativa a la probabilidad de castigo; falta de preocupación por mal desempeño en la escuela o el trabajo; y limitada expresión de emociones, sentimientos positivos o amor hacia los demás, o solo de manera superficial, hipócrita o instrumental.

- 6C91.01** Trastorno de comportamiento disocial, inicio en la infancia, con emociones prosociales normales
Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno de comportamiento disocial que se inicia en la infancia. La persona no exhibe características que se consideren "insensibles y carentes de emoción", como la falta de empatía o sensibilidad a los sentimientos de los demás y falta de preocupación por el sufrimiento ajeno.
- 6C91.0Z** Trastorno de comportamiento disocial, inicio en la infancia, sin especificación
- 6C91.1** **Trastorno de comportamiento disocial, inicio en la adolescencia**
El trastorno de comportamiento disocial que comienza en la adolescencia se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los demás o las normas, reglas o leyes sociales más importantes para la edad como la agresión hacia las personas o los animales; destrucción de propiedad; engaño o robo; y otras violaciones graves de las normas. Ninguna característica del trastorno está presente durante la infancia antes de la adolescencia (por ejemplo, antes de los 10 años de edad). Para ser diagnosticado, el patrón de comportamiento debe estar presente durante un período considerable (por ejemplo, 12 meses o más). Los actos disociativos o criminales aislados no constituyen en sí mismos un motivo para aplicar este diagnóstico.
- 6C91.10** Trastorno de comportamiento disocial, inicio en la adolescencia, con emociones prosociales limitadas
Se cumplen todos los requisitos por definición del trastorno de comportamiento disocial que comienza en la adolescencia. Además, la persona muestra características que a menudo se denominan como "insensibles y carentes de emoción". Estas características incluyen falta de empatía o sensibilidad a los sentimientos de otros y falta de preocupación por el sufrimiento ajeno; falta de remordimiento, vergüenza o culpa por su propio comportamiento (a menos que se presente al ser aprehendido), indiferencia relativa a la probabilidad de castigo; falta de preocupación por mal desempeño en la escuela o el trabajo; y limitada expresión de emociones, sentimientos positivos o amor hacia los demás, o solo de manera superficial, hipócrita o instrumental.
- 6C91.11** Trastorno de comportamiento disocial, inicio en la adolescencia, con emociones prosociales normales
Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno de comportamiento disocial que comienza en la adolescencia. La persona no muestra características que se consideren como "insensibles y carentes de emoción", como falta de empatía o sensibilidad a los sentimientos de los demás y falta de preocupación por el sufrimiento ajeno.
- 6C91.1Y** Otros trastornos especificados de comportamiento disocial, inicio en la adolescencia
- 6C91.Z** **Trastorno de comportamiento disocial, sin especificación**
- 6C9Y** **Otros trastornos de comportamiento disruptivo y disocial especificado**
- 6C9Z** **Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial, sin especificación**

Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados (BlockL1-6D1)

Codificado en otra parte: Cambio de personalidad secundario (6E68)

6D10

Trastorno de personalidad

El trastorno de la personalidad se caracteriza por problemas en el funcionamiento de algunos aspectos del yo (por ejemplo, identidad, autoestima, precisión de la visión de uno mismo, autodirección) o algún tipo de disfunción interpersonal (por ejemplo, capacidad para desarrollar y mantener relaciones cercanas y mutuamente satisfactorias, capacidad para comprender las perspectivas de otros y para manejar conflictos en las relaciones) que han persistido durante un período prolongado (por ejemplo, 2 años o más). La alteración se manifiesta en patrones de cognición, experiencia y expresión emocionales y comportamiento que son inadaptados (por ejemplo, inflexibles o mal regulados) y se manifiesta en una variedad de situaciones personales y sociales (es decir, no se limita a relaciones o roles sociales específicos). Los patrones de comportamiento que caracterizan la alteración no son apropiados para el desarrollo y no pueden explicarse principalmente por factores sociales o culturales, incluido el conflicto sociopolítico. La alteración está asociada con un malestar considerable o un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.

6D10.0

Trastorno de personalidad leve

Se cumplen todos los requisitos generales de diagnóstico para el trastorno de personalidad. Las alteraciones afectan algunas áreas del funcionamiento de la personalidad, aunque no todas (por ejemplo, problemas con la autodirección en ausencia de problemas con la estabilidad y la coherencia de la identidad o la autoestima), y pueden no ser evidentes en algunos contextos. Hay problemas en muchas relaciones interpersonales o en el desempeño de los roles ocupacionales y sociales esperados, pero algunas relaciones se mantienen o algunos roles se llevan a cabo. Las manifestaciones específicas de los trastornos de la personalidad son generalmente de gravedad leve. El trastorno de personalidad leve generalmente no se asocia con daños sustanciales a sí mismo ni a los demás, pero puede estar asociado con un malestar significativo o con un deterioro en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento que se limitan a áreas circunscritas (relaciones románticas, empleo) o están presentes en múltiples áreas, pero de manera leve.

6D10.1 Trastorno de personalidad moderado

Se cumplen todos los requisitos generales de diagnóstico para el trastorno de personalidad. Las alteraciones afectan a múltiples áreas del funcionamiento de la personalidad (por ejemplo, identidad o sentido de sí mismo, capacidad para establecer relaciones íntimas, capacidad para controlar los impulsos y modular el comportamiento). Sin embargo, algunas áreas del funcionamiento de la personalidad pueden verse relativamente menos afectadas. Hay problemas marcados en la mayoría de las relaciones interpersonales, y el desempeño de la mayoría de los roles sociales y ocupacionales esperados están comprometidos en cierta medida. Es probable que las relaciones se caractericen por el conflicto, la evitación, el retiro o la dependencia extrema (por ejemplo, pocas amistades, conflictos persistentes en las relaciones laborales y los consiguientes problemas laborales, relaciones románticas caracterizadas por perturbaciones graves o una sumisión inadecuada). Las manifestaciones específicas de alteración de la personalidad son generalmente de gravedad moderada. El trastorno moderado de la personalidad a veces se asocia con daños a sí mismo o a otras personas, y se relaciona con un deterioro marcado en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales o en otras áreas importantes de funcionamiento, aunque puede mantenerse el funcionamiento en algunas áreas circunscritas.

6D10.2 Trastorno de personalidad grave

Se cumplen todos los requisitos generales de diagnóstico para el trastorno de personalidad. Hay alteraciones graves en el funcionamiento del yo (por ejemplo, el sentido del yo puede ser tan inestable que los individuos informan que no tienen una noción clara de quiénes son o son tan rígidos que se rehusan a participar en todas o en casi todas las situaciones; la visión de sí mismos puede caracterizarse por autodesprecio o grandiosidad y excentricismo). Los problemas en el funcionamiento interpersonal afectan gravemente a prácticamente todas las relaciones, y la capacidad y la voluntad para desempeñar los roles sociales y laborales esperados están ausentes o están gravemente comprometidos. Las manifestaciones específicas de la alteración de la personalidad son graves y afectan a la mayoría, si no a todas, de las áreas de funcionamiento de la personalidad. El trastorno de personalidad grave a menudo se asocia con daños a sí mismo u otras personas, y con un deterioro grave en todas o casi todas las áreas de la vida, incluidas las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales y otras áreas importantes de funcionamiento.

6D10.Z Personality disorder, severity unspecified [No translation available]**6D11****Rasgos o patrones de personalidad prominentes**

Los calificadores del dominio de rasgos se pueden utilizar en los trastornos de la personalidad o las dificultades de la personalidad para describir las características de la personalidad del individuo que son más pronunciadas y que contribuyen a la alteración de la personalidad. Los dominios de rasgos son continuos en las características de la personalidad de los individuos que no tienen un trastorno de la personalidad o dificultad de personalidad. Los dominios de rasgos no son categorías diagnósticas, sino que representan un conjunto de dimensiones que se corresponden con la estructura subyacente de la personalidad. Se pueden aplicar tantos calificadores del dominio de rasgos como sea necesario para describir el funcionamiento de la personalidad. Las personas con trastornos de personalidad más graves tienden a tener un mayor número de dominios de rasgos prominentes.

6D11.0 Afectividad negativa en los trastornos o dificultades de la personalidad

La característica principal del dominio del rasgo de afectividad negativa es la tendencia a experimentar una amplia gama de emociones negativas. Las manifestaciones comunes de la afectividad negativa, que no se presentan necesariamente todas en un individuo en un momento dado, incluyen: experimentar una amplia gama de emociones negativas con una frecuencia e intensidad desproporcionadas a la situación, labilidad emocional y regulación deficiente de las emociones, actitudes negativistas, autoestima y confianza en sí mismo bajas, y desconfianza en los demás.

Nota sobre la codificación: Esta categoría SOLO debe usarse junto con una de las categorías de trastorno de la personalidad (leve, moderado o grave) o dificultades de la personalidad.

6D11.1 Desapego en los trastornos o dificultades de la personalidad

La característica principal del dominio del rasgo de desapego es la tendencia a mantener una distancia interpersonal (distanciamiento social) y emocional (distanciamiento emocional). Las manifestaciones comunes de desapego, que no se presentan necesariamente todas en un individuo en un momento dado, incluyen: desapego social (evitar interacciones sociales, falta de amistades y evitar la intimidad); y el desapego emocional (reserva, aislamiento, y expresión y experiencia emocionales limitadas).

Nota sobre la codificación: Esta categoría SOLO debe usarse junto con una de las categorías de trastorno de la personalidad (leve, moderado o grave) o dificultades de la personalidad.

6D11.2 Comportamiento disocial en los trastornos o dificultades de la personalidad

La característica principal del dominio del comportamiento disocial es la indiferencia por los derechos y sentimientos de los demás, que abarca tanto el egocentrismo como la falta de empatía. Las manifestaciones comunes del comportamiento disocial, que no se presentan necesariamente todas en un individuo en un momento dado, incluyen: egocentrismo (por ejemplo, sentido de autorización, expectativa de admiración de los demás, comportamientos positivos o negativos para buscar la atención de los demás, preocupación por las propias necesidades, deseos y comodidad y no por las de otros); y falta de empatía (es decir, indiferencia hacia la forma en que las acciones de uno incomodan a los demás o los perjudican de algún modo, lo que puede incluir ser engañoso y manipulador, explotador de los demás, ser agresivo físicamente, insensible ante el sufrimiento de los demás, y cruel para lograr sus objetivos).

Nota sobre la codificación: Esta categoría SOLO debe usarse junto con una de las categorías de trastorno de la personalidad (leve, moderado o grave) o dificultades de la personalidad.

6D11.3 Desinhibición en los trastornos o dificultades de la personalidad

La característica principal del dominio del rasgo de desinhibición es la tendencia a actuar de manera precipitada ante estímulos internos o externos inmediatos (es decir, sensaciones, emociones, pensamientos), sin considerar las posibles consecuencias negativas. Algunas manifestaciones comunes, que no se presentan necesariamente todas en un individuo en un momento dado, incluyen la impulsividad, la distracción, la irresponsabilidad, la imprudencia y la falta de planificación.

Nota sobre la codificación: Esta categoría SOLO debe usarse junto con una de las categorías de trastorno de la personalidad (leve, moderado o grave) o dificultades de la personalidad.

6D11.4 Características anancásticas en los trastornos o las dificultades de la personalidad

La característica principal del dominio de las características anancásticas se distingue principalmente por un enfoque rígido y estrecho en el estándar de perfección y de lo correcto e incorrecto, así como por el control del comportamiento de uno mismo y de los demás, y de las situaciones para garantizar la conformidad con estos estándares. Algunas manifestaciones comunes, que no se presentan necesariamente todas en un individuo en un momento dado, incluyen el perfeccionismo (por ejemplo, la preocupación por las reglas sociales, las obligaciones y las normas de lo correcto y lo incorrecto, la atención escrupulosa al detalle, las rutinas diarias rígidas y sistemáticas, la programación y planificación excesivas, el énfasis en la organización, el orden y la pulcritud) y limitación emocional y del comportamiento (por ejemplo, control rígido de la expresión emocional, obstinación e inflexibilidad, evitación del riesgo, perseverancia y deliberación).

Nota sobre la codificación: Esta categoría SOLO debe usarse junto con una de las categorías de trastorno de la personalidad (leve, moderado o grave) o dificultades de la personalidad.

6D11.5 Patrón límite

El calificador de patrón límite se puede aplicar a individuos cuya alteración de la personalidad se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como por una marcada impulsividad, como lo indican muchos de los siguientes aspectos: esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario; un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas; alteración de la identidad que se manifiestan en una autoimagen o sentido del yo; una tendencia a actuar precipitadamente en estados de gran afectividad negativa que conlleva a comportamientos potencialmente dañinos para sí mismo; episodios recurrentes de autolesiones; inestabilidad emocional debida a una marcada reactividad emocional; sentimientos crónicos de vacío; enojo intenso e inapropiado o dificultad para controlarlo; síntomas disociativos transitorios o características de tipo psicótico en situaciones de alta excitación afectiva.

Nota sobre la codificación: Esta categoría SOLO debe usarse junto con una de las categorías de trastorno de la personalidad (leve, moderado o grave) o dificultades de la personalidad.

Trastornos parafílicos (BlockL1-6D3)

Los trastornos parafílicos se caracterizan por patrones persistentes e intensos de excitación sexual atípica, que se manifiestan como pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales centrados en terceros cuya edad o situación los hace reacios o incapaces de consentir, y con respecto a los cuales la persona ha actuado o siente un marcado malestar. Los trastornos parafílicos pueden incluir patrones de excitación que implican comportamientos solitarios o personas que pueden dar su consentimiento solo cuando se asocian con un malestar marcado que no es simplemente el resultado del rechazo o el temor al rechazo de los demás debido al patrón de excitación, o se asocian con un riesgo significativo de lesión o muerte.

Inclusiones: parafilias

6D30

Trastorno exhibicionista

El trastorno exhibicionista se caracteriza por un patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos, o conductas sexuales persistentes, que implican exponer los genitales a un desconocido en lugares públicos, usualmente sin la intención de lograr un contacto más cercano. Además, para diagnosticar el trastorno exhibicionista, el individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El trastorno exhibicionista excluye específicamente las conductas exhibicionistas consensuadas que ocurren con el consentimiento de las personas involucradas, así como las formas socialmente sancionadas de exhibicionismo.

6D31

Trastorno voyeurista

El trastorno voyeurista se caracteriza por un patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales persistentes que involucran observar a una persona desnuda, en el proceso de desnudarse o teniendo alguna actividad sexual, sin que esta persona lo sospeche. Además, para diagnosticar el trastorno voyeurista, el individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El trastorno voyeurista excluye específicamente las conductas voyeuristas consensuadas que ocurren con el consentimiento de la persona o personas que están siendo observadas.

6D32

Trastorno pedofílico

El trastorno pedofílico se caracteriza por un patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales persistentes que involucran a niños o niñas prepúberes. Además, para diagnosticar el trastorno voyeurista, el individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El diagnóstico no se aplica a conductas sexuales entre niños pre o postpuberales que se encuentran cercanos en edad.

6D33**Trastorno por sadismo sexual coercitivo**

El trastorno por sadismo sexual coercitivo se caracteriza por un patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales persistentes que implican infligir sufrimiento físico o psicológico a una persona que no lo ha consentido. Además, para diagnosticar este trastorno el individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El trastorno por sadismo sexual coercitivo excluye específicamente al sadismo y masoquismo sexual consensuado.

6D34**Frotismo**

Este trastorno se caracteriza por un patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales persistentes que involucra tocar o frotarse con otra persona sin su consentimiento en lugares públicos. Además, para diagnosticar este trastorno, el individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El frotismo excluye específicamente a las situaciones en las que se toca o se frota contra otra persona que ocurren con el consentimiento de las personas involucradas.

6D35**Otros trastornos parafílicos que involucran a personas sin su consentimiento**

El trastorno parafílico de otro tipo que involucra a individuos sin su consentimiento se caracteriza por un patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales en donde el objeto del patrón de excitación involucra a otros que no están dispuestos o no pueden dar su consentimiento y que no está específicamente descrito en ninguna otra categoría de los trastornos parafílicos (p. ej., patrones de excitación que involucran a cadáveres o animales). El individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El trastorno excluye específicamente las conductas sexuales que ocurren con el consentimiento de las personas involucradas, siempre que tengan la capacidad de dar su consentimiento.

6D36**Trastorno parafílico que involucra comportamientos en solitario o individuos que dieron su consentimiento**

El trastorno parafílico que involucra comportamientos en solitario o individuos que dieron su consentimiento se caracteriza por un patrón persistente e intenso de excitación sexual atípica, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, urgencias o conductas sexuales que involucran a adultos que dieron su consentimiento o son conductas en solitario. Uno de los dos elementos siguientes debe estar presente: 1) la persona experimenta un marcado malestar por la naturaleza del patrón de excitación y su malestar no es una simple consecuencia del rechazo o temor al rechazo de los demás por el patrón de excitación; o 2) la naturaleza del comportamiento parafílico involucra un riesgo significativo de lesión o muerte para el individuo (p. ej., asfixiofilia o asfixia erótica).

6D3Z**Trastornos parafílicos, sin especificación**

Trastornos facticios (BlockL1-6D5)

Los trastornos facticios se caracterizan por fingir, falsificar, inducir o agravar intencionalmente los signos y síntomas médicos, psicológicos o de comportamiento, o las lesiones en uno mismo o en otra persona, más comúnmente un niño dependiente, y que se asocia con un engaño descubierto. Puede haber un trastorno o enfermedad preexistente, pero el individuo agrava intencionalmente los síntomas existentes o falsifica o induce síntomas adicionales. Las personas con trastorno facticio buscan tratamiento o, de lo contrario, se presentan a sí mismas o a otra persona como enfermos, lesionados o discapacitados según los signos, síntomas o lesiones fingidos, falsificados o autoinducidos. El comportamiento engañoso no está motivado únicamente por recompensas o incentivos externos obvios (por ejemplo, la obtención de pagos por discapacidad o la evasión de un proceso penal). Esto contrasta con la simulación, en la que el comportamiento está motivado por recompensas o incentivos externos obvios.

Exclusiones: Simulación de enfermedad (QC30)

6D50

Trastorno facticio impuesto a uno mismo

El trastorno facticio impuesto a uno mismo se caracteriza por fingir, falsificar o inducir signos y síntomas médicos, psicológicos o del comportamiento o lesiones asociadas con un engaño descubierto. Si hay un trastorno o enfermedad preexistente, el individuo agrava intencionalmente los síntomas existentes o falsifica o induce síntomas adicionales. El individuo busca tratamiento o, de lo contrario, se presenta como enfermo, lesionado o discapacitado en función de los signos, síntomas o lesiones fingidos, falsificados o autoinducidos. El comportamiento engañoso no está motivado únicamente por recompensas o incentivos externos obvios (por ejemplo, la obtención de pagos por discapacidad o la evasión de un proceso penal). Esto contrasta con la simulación, en la que los incentivos o incentivos externos obvios motivan el comportamiento.

Inclusiones: Síndrome de Münchhausen

Exclusiones: Trastorno de excoiación (6B25.1)
Simulación de enfermedad (QC30)

6D51

Trastorno facticio impuesto a otro

El trastorno facticio impuesto a otra persona se caracteriza por fingir, falsificar o inducir signos y síntomas médicos, psicológicos o del comportamiento, o lesiones en otra persona, más comúnmente un niño dependiente, asociado con un engaño descubierto. Si un trastorno o enfermedad preexistente está presente en la otra persona, el individuo agrava intencionalmente los síntomas existentes o falsifica o induce síntomas adicionales. La persona busca tratamiento para la otra persona o, de lo contrario, se presenta como enferma, herida o discapacitada en función de los signos, síntomas o lesiones fingidos, falsificados o inducidos. El comportamiento engañoso no está motivado únicamente por recompensas o incentivos externos obvios (por ejemplo, obtener pagos por incapacidad o evitar el enjuiciamiento penal por abuso de menores o mayores).

Nota sobre la codificación: El diagnóstico de trastorno facticio impuesto a otro se asigna a la persona que finge, falsifica o induce los síntomas en otra persona, no a la persona que presenta los síntomas. A veces la persona induce o falsifica los síntomas en una mascota, en lugar de hacerlo en otra persona.

Exclusiones: Simulación de enfermedad (QC30)

6D5Z

Trastornos facticios, sin especificación

Trastornos neurocognitivos (BlockL1-6D7)

Los trastornos neurocognitivos se caracterizan por déficits clínicos primarios en el funcionamiento cognoscitivo que se adquieren en lugar de ser parte del desarrollo. Es decir, se trate de trastornos neurocognitivos que no incluyen trastornos caracterizados por déficits en la función cognitiva que están presentes desde el nacimiento o que se presentan durante el período de desarrollo, que se clasifican en el grupo de trastornos del neurodesarrollo. Por el contrario, los trastornos neurocognitivos representan una disminución de un nivel alcanzado previamente de funcionamiento. Aunque los déficits cognitivos están presentes en muchos de los trastornos mentales (por ejemplo, esquizofrenia, trastornos bipolares), solo los trastornos cuyas características principales son cognitivas están incluidos en el grupo de los trastornos neurocognitivos. En los casos en que pueda determinarse la patología y la etiología subyacentes de los trastornos neurocognitivos, la etiología establecida debe clasificarse por separado.

Codificado en otra parte: Síndrome secundario neurocognitivo (6E67)

6D70

Delirium

El delirium se caracteriza por la perturbación de la atención (es decir, la reducción de la capacidad de dirigir, enfocar, mantener y cambiar la atención) y la conciencia (es decir, la reducción de la orientación al entorno) que se desarrolla en un período corto y tiende a fluctuar durante el transcurso del día, acompañado de otros impedimentos cognitivos como déficit de memoria, desorientación, o deterioro en el lenguaje, la habilidad visuoespacial o la percepción. También puede estar presente un trastorno del ciclo de sueño y vigilia (disminución de la excitación de inicio agudo o pérdida total del sueño con inversión del ciclo de sueño y vigilia). Los síntomas son atribuibles a un trastorno o enfermedad no clasificada en los trastornos mentales y del comportamiento o a una intoxicación o abstinencia de sustancias o de un medicamento.

6D70.0

Delirium por enfermedad clasificada en otra parte

Se cumplen todos los requisitos de definición para el delirium. Existe evidencia a partir de los antecedentes, el examen físico o los resultados de laboratorio de que el delirium es causado por las consecuencias fisiológicas directas de un trastorno o enfermedad clasificado en otro lugar.

Nota sobre la codificación: La etiología identificada debe clasificarse por separado.

6D70.1 Delirium debido a sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos

Se cumplen todos los requisitos de definición para el delirium. Existen pruebas a partir de los antecedentes, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que el delirio es causado por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o medicación (incluida la abstinencia). Si se ha identificado la sustancia específica que induce el delirio, debe clasificarse utilizando la subcategoría apropiada (por ejemplo, delirio inducido por alcohol).

Codificado en otra parte: Delirium inducido por el consumo de alcohol (6C40.5)

Delirium inducido por el consumo de cannabis (6C41.5)

Delirium inducido por el consumo de cannabinoides sintéticos (6C42.5)

Delirium inducido por el consumo de opioides (6C43.5)

Delirium inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (6C44.5)

Delirium inducido por cocaína (6C45.5)

Delirium inducido por estimulantes, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona (6C46.5)

Delirium inducido por catinonas sintéticas (6C47.5)

Delirium inducido por alucinógenos (6C49.4)

Delirium inducido por inhalantes volátiles (6C4B.5)

Delirium inducido por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA (6C4C.5)

Delirium inducido por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP] (6C4D.4)

Delirium inducido por otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidas las medicaciones (6C4E.5)

Delirium inducido por sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas (6C4G.5)

Delirium inducido por múltiples sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos (6C4F.5)

6D70.2 Delirium debido a factores etiológicos múltiples

Se cumplen todos los requisitos de definición para el delirium. Existe evidencia a partir de los antecedentes, el examen físico o los resultados de laboratorio de que el delirio es atribuible a múltiples factores etiológicos, que pueden incluir trastornos o enfermedades no clasificadas dentro de los trastornos mentales y del comportamiento, intoxicación o abstinencia por sustancias o un medicamento.

Nota sobre la codificación: La etiología identificada debe clasificarse por separado.

6D70.3 Delirium debido a factores etiológicos desconocidos o no especificados

Se cumplen todos los requisitos de la definición para el delirium. La etiología específica no está especificada o no se puede determinar.

6D71**Trastorno neurocognitivo leve**

El trastorno neurocognitivo leve se caracteriza por la experiencia subjetiva de una disminución de un nivel previo de funcionamiento cognitivo, acompañado por evidencia objetiva de deterioro en el rendimiento en uno o varios dominios cognitivos en relación con lo esperado para la edad de la persona y el nivel general de funcionamiento intelectual, que no es lo suficientemente grave como para interferir significativamente con la independencia de la persona en el desempeño de las actividades de la vida diaria. El deterioro cognitivo no es totalmente atribuible al envejecimiento normal. El deterioro cognitivo puede atribuirse a una enfermedad subyacente del sistema nervioso, un trauma, una infección u otro proceso patológico que afecta áreas específicas del cerebro, o al consumo crónico de sustancias o medicamentos específicos, o la etiología puede ser indeterminada.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6D72**Trastorno amnésico**

Se caracteriza por un deterioro grave de la memoria en relación con la edad del individuo y el nivel general de funcionamiento intelectual, que es desproporcionado al deterioro en otros dominios cognitivos. Se manifiesta por un déficit grave en la adquisición de recuerdos o el aprendizaje de nueva información o la incapacidad de recordar la información aprendida previamente, sin alteración de la conciencia o deterioro cognitivo generalizado. La memoria reciente suele estar más perturbada que la memoria remota y, por lo general, se conserva la recuperación inmediata. El deterioro de la memoria no es atribuible a la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias, y se presume que es atribuible a una condición neurológica subyacente, trauma, infección, tumor u otro proceso de enfermedad que afecta áreas específicas del cerebro o al consumo crónico de sustancias o medicamentos específicos.

Exclusiones: Delirium (6D70)
Demencia (BlockL2-6D8)
Trastorno neurocognitivo leve (6D71)

6D72.0**Trastorno amnésico por enfermedades clasificadas en otra parte**

Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno amnésico. Existe evidencia a partir de los antecedentes, el examen físico o los resultados de laboratorio de que la alteración se debe a las consecuencias fisiológicas directas de un trastorno o enfermedad clasificada en otro lugar. La etiología identificada debe ser clasificada por separado.

Exclusiones: Amnesia disociativa (6B61)
Amnesia anterógrada (MB21.10)
amnesia SAI
amnesia: retrógrada
Síndrome de Korsakoff, inespecífico o inducido por alcohol

6D72.1**Trastorno amnésico debido a sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos**

Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno amnésico y el deterioro de la memoria persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias. Existe evidencia a partir de los antecedentes, el examen físico o los resultados de laboratorio de que la alteración es causada por las consecuencias fisiológicas directas del consumo de una sustancia o medicamento. Si se ha identificado la sustancia específica que induce el trastorno amnésico, debe clasificarse utilizando la subcategoría apropiada (por ejemplo, consumo de alcohol en el trastorno amnésico).

6D72.10**Trastorno amnésico debido al consumo de alcohol**

El trastorno amnésico debido al consumo de alcohol se caracteriza por el desarrollo de síntomas amnésicos que comparten características clínicas primarias con el trastorno amnésico, pero que se consideran la consecuencia directa del consumo de alcohol. Los síntomas de este trastorno se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias, pero su intensidad y duración son sustancialmente superiores a las alteraciones de la memoria normalmente asociadas con estas condiciones. Se debe saber que la intensidad y la duración del consumo de alcohol son capaces de producir problemas de memoria. Los síntomas no se explican mejor por el trastorno amnésico, como podría ser el caso si los síntomas amnésicos hubieran precedido al inicio del consumo de la sustancia o si los síntomas persistiesen durante un período considerable después del cese del consumo de la sustancia.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse para describir alteraciones cognitivas debidas a la deficiencia de tiamina asociada al consumo crónico de alcohol.

Exclusiones: Síndrome de Korsakoff (5B5A.11)
Síndrome de Wernicke-Korsakoff (5B5A.1)

6D72.11**Trastorno amnésico debido al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

El trastorno amnésico debido al uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se caracteriza por el desarrollo de un síndrome de deterioro de la memoria con características específicas del trastorno amnésico que se considera la consecuencia directa del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y que persiste por un período superior a la duración habitual de la intoxicación o abstinencia. La cantidad y la duración del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos debe ser suficiente para poder producir deterioro de la memoria. Además, el deterioro de la memoria no se explica mejor por un trastorno que no se deba al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, como una demencia o un trastorno amnésico debido a causas distintas de las sustancias, incluidos los medicamentos.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

- 6D72.12** Trastorno amnésico debido a otra sustancia psicoactiva especificada, incluidos los medicamentos.
El trastorno amnésico debido a otra sustancia psicoactiva especificada, incluidos los medicamentos, se caracteriza por el desarrollo de un síndrome de deterioro de la memoria con características específicas del trastorno amnésico que se considera una consecuencia directa del consumo de una sustancia psicoactiva especificada y que persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación o la abstinencia. La cantidad y la duración del consumo de la sustancia especificada deben ser suficientes para producir problemas de memoria. Además, el deterioro de la memoria no se explica mejor por un trastorno que no se deba al consumo de la sustancia psicoactiva especificada, como un trastorno de demencia o amnésico por causas distintas de las sustancias, incluidos los medicamentos.
- 6D72.13** Trastorno amnésico por uso de inhalantes volátiles
El trastorno amnésico debido al uso de inhalantes volátiles se caracteriza por el desarrollo de un síndrome de deterioro de la memoria con características específicas del trastorno amnésico que se considera la consecuencia directa del uso de inhalantes volátiles y que persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia. La cantidad y la duración del uso de inhalantes volátiles deben ser suficientes para producir problemas de memoria. Además, el deterioro de la memoria no se explica mejor por un trastorno que no se deba al uso de inhalantes volátiles, como una demencia o un trastorno amnésico debido a causas distintas de las sustancias, incluidos los medicamentos.
- 6D72.2** **Trastorno amnésico debido a factores etiológicos desconocidos o no especificados**
Se cumplen todos los requisitos de definición para el trastorno amnésico. La etiología específica del trastorno no está especificada o no puede determinarse.
- 6D72.Y** **Otro trastorno amnésico especificado**
- 6D72.Z** **Amnestic disorder, unknown or unspecified cause [No translation available]**

Demencia (BlockL2-6D8)

La demencia es un síndrome cerebral adquirido que se caracteriza por una disminución con respecto a un nivel previo de funcionamiento cognitivo con deterioro en dos o varios dominios cognitivos (como la memoria, las funciones ejecutivas, la atención, el lenguaje, la cognición social y el juicio, la velocidad psicomotora, las capacidades visuoperceptuales o visuoespaciales). El deterioro cognitivo no es totalmente atribuible al envejecimiento normal e interfiere significativamente con la independencia en el desempeño de la persona de las actividades de la vida diaria. Según la evidencia disponible, el deterioro cognitivo se atribuye o se supone que es atribuible a una afección médica o neurológica que afecta el cerebro, un trauma, una deficiencia nutricional, el consumo crónico de medicamentos o sustancias específicas, o la exposición a metales pesados u otras toxinas.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

Inclusiones: demencia SAI

Exclusiones: Coma (MB20.1)
Delirium (6D70)
Trastornos del desarrollo intelectual (6A00)
Trastornos del neurodesarrollo (BlockL1-6A0)
Estupor (MB20.0)
Vejez (senilidad)

6D80

Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer

La demencia debida a la enfermedad de Alzheimer es la forma de demencia más común. Su inicio es gradual con disminución de la memoria que generalmente se presenta como el motivo inicial de consulta. La evolución habitual consiste en un deterioro lento, pero constante, con respecto a un nivel anterior de funcionamiento cognitivo y con deterioro en otros dominios cognitivos (como las funciones ejecutivas, la atención, el lenguaje, la cognición social y el juicio, la velocidad psicomotora, las capacidades visuoperceptuales o visuoespaciales) que surge con el avance de la enfermedad. Suele ir acompañada por síntomas mentales y del comportamiento, como un estado de ánimo deprimido y apatía en las etapas iniciales, y también por síntomas psicóticos, irritabilidad, agresión, confusión, anomalías de la movilidad y la marcha, y convulsiones en las etapas posteriores. Un resultado positivo en una prueba genética, antecedentes familiares y un deterioro cognitivo gradual sugieren fuertemente que se trata de demencia debida a la enfermedad de Alzheimer.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser utilizados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de estos síntomas de demencia en enfermedades clasificadas en otros lugares.

6D80.0 Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano

Se trata de demencia debida a la enfermedad de Alzheimer en la que aparecen síntomas antes de los 65 años. Es relativamente rara, representa menos del 5% de todos los casos y puede estar determinada genéticamente (enfermedad de Alzheimer autosómica dominante). La presentación clínica puede ser similar a los casos de inicio tardío, pero una proporción significativa de los casos manifiestan síntomas atípicos, con déficits de memoria relativamente menos graves.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D80.1 Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío

Demencia por enfermedad de Alzheimer que se desarrolla a la edad de 65 años o más. Este es el patrón más común, que representa más del 95% de todos los casos.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D80.2 Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer, de tipo mixto, con enfermedad cerebrovascular

Demencia por enfermedad de Alzheimer y enfermedad cerebrovascular concomitante.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D80.3 Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer, de tipo mixto, con otras etiologías no vasculares

Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer con otra patología concomitante, que no incluye las enfermedades cerebrovasculares.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D80.Z Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer, inicio desconocido o no especificado

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6D81

Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular

La demencia vascular se debe a una lesión significativa en el parénquima cerebral como resultado de una enfermedad cerebrovascular (isquémica o hemorrágica). El inicio de los déficits cognitivos se relaciona temporalmente con uno o varios eventos vasculares. El deterioro cognitivo suele ser más prominente en la velocidad del procesamiento de la información, la atención compleja y el funcionamiento frontal-ejecutivo. Hay indicios de la presencia de enfermedad cerebrovascular considerados suficientes para explicar los déficits neurocognitivos de los antecedentes, el examen físico y los estudios de neuroimagen.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser utilizados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de estos síntomas de demencia en enfermedades clasificadas en otros lugares.

Exclusiones: Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer, de tipo mixto, con enfermedad cerebrovascular (6D80.2)

6D82

Demencia debida a la enfermedad por cuerpos de Lewy

La demencia debida a la enfermedad por cuerpos de Lewy es la segunda forma más común de demencia en las personas de edad muy avanzada después de la enfermedad de Alzheimer. La etiología precisa es desconocida, pero implica un plegamiento y agregación anormales de la proteína alfa-sinucleína con formación de cuerpos de Lewy principalmente en la corteza y el tronco cerebral. El inicio es gradual con déficits de la atención y el funcionamiento ejecutivo que se notifican como el motivo de consulta inicial. Estas deficiencias cognitivas suelen ir acompañadas de alucinaciones visuales y síntomas de trastorno del comportamiento del sueño REM. También pueden presentarse alucinaciones en otras modalidades sensoriales, síntomas depresivos y delirios. La presentación de los síntomas generalmente varía significativamente a lo largo de los días, lo que requiere una evaluación longitudinal y una diferenciación del delirium. La aparición espontánea de parkinsonismo aproximadamente 1 año después de la aparición de los síntomas cognitivos es característica de la enfermedad.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D83**Demencia frontotemporal**

La demencia frontotemporal (DFT) es un grupo de trastornos neurodegenerativos primarios que afectan principalmente los lóbulos frontal y temporal. El inicio es típicamente gradual y su evolución es de empeoramiento gradual. Se describen varias variantes sindrómicas (algunas con una base genética o familiar identificadas) que incluyen presentaciones con cambios de comportamiento y personalidad predominantemente marcados (como disfunción ejecutiva, apatía, deterioro de la cognición social, conductas repetitivas y cambios en la alimentación) o con déficit predominantemente de lenguaje (que incluye formas semánticas, agramáticas o no fluidas y logopénicas), o con una combinación de estos déficits. La función de la memoria, la velocidad psicomotora, así como las capacidades visuoperceptuales y visuoespaciales a menudo permanecen relativamente intactas, particularmente durante las primeras etapas del trastorno.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D84**Demencia por sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos**

La demencia debida a sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos, incluye formas de demencia que se consideran una consecuencia directa del consumo de sustancias y que persisten más allá de la duración habitual de la acción o síndrome de abstinencia asociado con la sustancia. La cantidad y duración del consumo de sustancias debe ser suficiente para producir el deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo no se explica mejor por un trastorno que no está inducido por sustancias como una demencia debida a otra afección médica.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

Exclusiones: Demencia debida a exposición a metales pesados y otras toxinas (6D85.2)

6D84.0 **Demencia por consumo de alcohol**

La demencia debida al consumo de alcohol se caracteriza por deficiencias cognitivas persistentes (como pérdida de la memoria, deterioro del lenguaje y falta de capacidad para realizar actividades motoras complejas) que cumplen con los requisitos de la definición de la demencia y se consideran consecuencia directa del consumo de alcohol y persisten más allá de lo que habitualmente dura la embriaguez o el síndrome de abstinencia agudo. La intensidad y duración del consumo de alcohol deben haber sido suficientes para producir el deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo no puede ser explicado mejor por ningún trastorno o enfermedad cuya causa no sea el alcohol, como los tipos de demencia por trastornos o enfermedades que están clasificados en otra parte.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser utilizados como códigos suplementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan. Esta categoría no debe usarse para describir alteraciones cognitivas debidas a la deficiencia de tiamina asociada al consumo crónico de alcohol.

Inclusiones: demencia provocada por el alcohol

Exclusiones: Síndrome de Wernicke-Korsakoff (5B5A.1)
Síndrome de Korsakoff (5B5A.11)

6D84.1 **Demencia por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

La demencia debida al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se caracteriza por el desarrollo de deficiencias cognitivas persistentes (p. ej., problemas de memoria, impedimentos del lenguaje e incapacidad para realizar tareas motoras complejas) que cumplen los requisitos de definición de la demencia y se consideran una consecuencia directa del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que persiste más allá de la duración habitual de la acción o síndrome de abstinencia asociado con la sustancia. La cantidad y la duración del consumo deben ser suficientes para producir el deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo no se explica mejor por un trastorno que no sea inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, como la demencia debida a otra afección médica.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

Inclusiones: Trastorno de la percepción después del consumo de alucinógenos

Trastorno psicótico inducido por sustancias psicoactivas de inicio tardío

6D84.2 Demencia debida al uso de inhalantes volátiles

La demencia debida al uso de inhalantes volátiles se caracteriza por el desarrollo de deficiencias cognitivas persistentes (p. ej., problemas de memoria, impedimentos del lenguaje e incapacidad para realizar tareas motoras complejas) que cumplen los requisitos de definición de la demencia y se consideran una consecuencia directa del uso o la exposición a sustancias inhaladas y que persisten más allá de la duración habitual del uso o del síndrome de abstinencia asociado con la sustancia. La cantidad y la duración del uso de inhalantes o la exposición deben ser suficientes para poder producir el deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo no se explica mejor por un trastorno que no sea inducido por inhalantes volátiles como una demencia debida a otra afección médica.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D84.Y Demencia debida otras sustancias psicoactivas especificadas

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6D85 Demencia debida a enfermedades clasificadas en otra parte

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D85.0 Demencia debida a la enfermedad de Parkinson

La demencia debida a la enfermedad de Parkinson se desarrolla en personas con enfermedad de Parkinson idiopática y se caracteriza por un deterioro en la atención, la memoria, las funciones ejecutivas y visuoespaciales, así como los síntomas comportamentales y psiquiátricos, como cambios en el afecto, apatía y alucinaciones. El inicio es gradual y el curso es de empeoramiento gradual de los síntomas. El principal correlato patológico es la degeneración del tipo de cuerpos de Lewy predominantemente en los ganglios basales en lugar de en la corteza, como es típico de la demencia debida a la enfermedad por cuerpos de Lewy.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D85.1 Demencia debida a la enfermedad de Huntington

La demencia debida a la enfermedad de Huntington se produce como parte de una degeneración generalizada del cerebro debida a una expansión de repetición de trinucleótidos en el gen HTT, que se transmite a través de la dominación autosómica. El inicio de los síntomas suele ser lento en la tercera y cuarta décadas de la vida con progresión gradual y lenta. Los síntomas iniciales suelen incluir alteraciones en las funciones ejecutivas con poca afectación relativa de la memoria, antes de la aparición de déficits motores (bradicinesia y corea) característicos de la enfermedad de Huntington.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

Inclusiones: Demencia en la corea de Huntigton

6D85.2 Demencia debida a exposición a metales pesados y otras toxinas

La demencia debida a la exposición a metales pesados y otras toxinas causadas por la exposición tóxica a metales pesados específicos, como el aluminio del agua de diálisis, el plomo, el mercurio o el manganeso. Los deterioros cognitivos característicos en este tipo de demencia dependen del metal pesado específico o la toxina a la que el individuo ha estado expuesto, pero se pueden ver afectados todos los dominios cognitivos. El inicio de los síntomas está relacionado con la exposición y la progresión puede ser rápida, especialmente en los casos de exposición aguda. En muchos casos, los síntomas son reversibles cuando se identifica la exposición y se la detiene. Los estudios como las imágenes cerebrales o las pruebas neurofisiológicas pueden ser anormales. El envenenamiento por plomo se asocia con anomalías en las imágenes cerebrales, incluida la calcificación generalizada y el aumento de la señal en las imágenes potenciadas en T2 IRM de materia blanca periventricular, ganglios basales, hipotálamo y protuberancia. La demencia debida a toxicidad por aluminio puede mostrar cambios en las ondas delta de alto voltaje paroxísticas características en el EEG. El examen puede poner de manifiesto otras características, como la neuropatía periférica en el caso del plomo, el arsénico o el mercurio.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

Exclusiones: Demencia por sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos (6D84)

6D85.3 Demencia por el virus de la inmunodeficiencia humana

Demencia que se presenta en el transcurso de la infección confirmada por el VIH en ausencia de otra enfermedad o afección concomitante que pudiera explicar las manifestaciones clínicas. Aunque pueden observarse distintos déficits cognitivos según la localización anatómica afectada por el proceso patógeno del VIH, los déficits suelen adoptar un patrón subcortical con deficiencias de la capacidad de ejecución, la velocidad de procesamiento, la atención y el aprendizaje de información nueva. La evolución de la demencia por el VIH varía en cuanto a la resolución de los síntomas, disminución gradual del funcionamiento, mejoría o fluctuación de los síntomas. El deterioro rápido de la actividad cognitiva es poco frecuente gracias al advenimiento de los fármacos antirretrovirales.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D85.4 Demencia debida a esclerosis múltiple

La demencia debida a la esclerosis múltiple es una enfermedad neurodegenerativa debida a los efectos cerebrales de la esclerosis múltiple, una enfermedad desmielinizante. El inicio de los síntomas es gradual y no está relacionado con la progresión o el deterioro funcional atribuible a la enfermedad primaria (es decir, la esclerosis múltiple). Las deficiencias cognitivas varían según la ubicación de la desmielinización, pero típicamente incluyen deficiencias en la velocidad de procesamiento, la memoria, la atención y los aspectos del funcionamiento ejecutivo.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D85.5 Demencia debida a enfermedades priónicas

La demencia debida a enfermedades priónicas es una enfermedad neurodegenerativa primaria causada por un grupo de encefalopatías espongiiformes que resultan de la acumulación anormal de proteínas priónicas en el cerebro. Estas pueden ser esporádicas, genéticas (causadas por mutaciones en el gen de la proteína priónica) o transmisibles (adquiridas de un individuo infectado). El inicio es gradual y hay una rápida progresión de los síntomas y el deterioro caracterizados por déficits cognitivos, ataxia y síntomas motores (mioclonos, corea o distonía). El diagnóstico generalmente se realiza sobre la base de estudios de imágenes cerebrales, presencia de proteínas características en el líquido cefalorraquídeo, EEG o pruebas genéticas.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D85.6 Demencia debida a hidrocefalia de presión normal

La demencia debida a la hidrocefalia de presión normal se debe a la acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo en el cerebro como resultado de causas idiopáticas no obstructivas, pero también puede ser secundaria a hemorragia, infección o inflamación. La progresión es gradual, pero la intervención (por ejemplo, la derivación) puede dar como resultado una mejora significativa de los síntomas. Por lo general, las deficiencias cognitivas incluyen una velocidad de procesamiento reducida, deficiencias en la atención y el funcionamiento ejecutivo, así como cambios en la personalidad. Estos síntomas también suelen acompañarse de anomalías de la marcha e incontinencia urinaria. Las imágenes cerebrales para ver el volumen ventricular y el desplazamiento del cerebro a menudo son necesarias para confirmar el diagnóstico.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D85.7 Demencia debida a un traumatismo en la cabeza

La demencia debida a un traumatismo en la cabeza es causada por el daño infligido a los tejidos del cerebro como resultado directo o indirecto de una fuerza externa. Se sabe que los traumatismos en el cerebro han resultado en pérdida de conciencia, amnesia, desorientación y confusión o signos neurológicos. Los síntomas característicos de la demencia debida a un traumatismo en la cabeza deben surgir inmediatamente después del traumatismo o después de que el individuo tome conciencia, y deben persistir más allá del período agudo posterior a la lesión. Las deficiencias cognitivas varían según las áreas específicas del cerebro afectadas y la gravedad de la lesión, pero pueden incluir deficiencias en la atención, la memoria, el funcionamiento ejecutivo, la personalidad, la velocidad de procesamiento, la cognición social y las habilidades del lenguaje.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D85.8 Demencia debida a pelagra

La demencia debida a pelagra es causada por la falta persistente de vitamina B3 (niacina) o de triptófano en la alimentación o por la mala absorción en el tracto gastrointestinal a causa de una enfermedad (p. ej., la enfermedad de Crohn) o debido a los efectos de algunos medicamentos (p. ej. isoniazida). Los signos principales de pelagra incluyen cambios dermatológicos (sensibilidad a la luz solar, lesiones, alopecia o edema) y diarrea. Con la deficiencia nutricional prolongada se observan síntomas cognitivos que incluyen agresividad, alteraciones motoras (ataxia e inquietud), confusión y debilidad. El tratamiento con suplementos nutricionales (p. ej., niacina) típicamente da como resultado la reversión de los síntomas.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6D85.9 Demencia debida al síndrome de Down

La demencia debida al síndrome de Down es un trastorno neurodegenerativo relacionado con el impacto del aumento anormal de la producción y la acumulación de la proteína precursora de amiloide (APP) que conduce a la formación de placas de beta-amiloide y tau. La expresión del gen APP aumenta debido a su ubicación en el cromosoma 21, que está triplicado anormalmente en el síndrome Down. Los déficits cognitivos y las características neuropatológicas son similares a los observados en la enfermedad de Alzheimer. El inicio es típicamente después de la cuarta década de la vida con un declive gradual en el funcionamiento.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no debe usarse nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de demencia en enfermedades clasificadas en otras partes. Si la demencia tiene varias causas, codifique todas las que correspondan.

6D85.Y Demencia debida a tras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6D86 Trastornos psicológicos o del comportamiento en la demencia

Además de los trastornos cognitivos característicos de la demencia, el cuadro clínico actual incluye trastornos psicológicos o del comportamiento clínicamente significativos.

Nota sobre la codificación: Esta categoría no se debe usar nunca en la tabulación primaria. Estos códigos se suministran para ser usados como códigos complementarios o adicionales cuando se desee indicar la presencia de trastornos psicológicos o del comportamiento en la demencia. Codifique todos los trastornos que se apliquen.

Exclusiones: Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte (BlockL1-6E6)

6D86.0 Síntomas psicóticos en la demencia

Además de los trastornos cognitivos característicos de la demencia, el cuadro clínico actual incluye delirios o alucinaciones clínicamente significativos.

Exclusiones: Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios (BlockL1-6A2)

Síndrome secundario psicótico (6E61)

6D86.1 Síntomas del estado de ánimo en la demencia

Además de los trastornos cognitivos característicos de la demencia, el cuadro clínico actual incluye síntomas del estado de ánimo clínicamente significativos, como estado de ánimo deprimido, estado de ánimo elevado o estado de ánimo irritable.

Exclusiones: Trastornos del estado de ánimo (BlockL1-6A6)

Síndrome secundario del estado del ánimo (6E62)

- 6D86.2 Síntomas de ansiedad en la demencia**
Además de los trastornos cognitivos característicos de la demencia, el cuadro clínico actual incluye síntomas clínicamente significativos de ansiedad o preocupación.
Exclusiones: Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo (BlockL1-6B0)
Síndrome secundario de ansiedad (6E63)
- 6D86.3 Apatía en la demencia**
Además de los trastornos cognitivos característicos de la demencia, el cuadro clínico actual incluye indiferencia o falta de interés clínicamente significativas.
Exclusiones: Trastornos del estado de ánimo (BlockL1-6A6)
Síndrome secundario del estado del ánimo (6E62)
- 6D86.4 Agitación o agresión en la demencia**
Además de los trastornos cognitivos característicos de la demencia, el cuadro clínico actual incluye: 1) actividad psicomotora excesiva clínicamente significativa, acompañada de un aumento de la tensión; o 2) comportamiento hostil o violento.
- 6D86.5 Desinhibición en la demencia**
Además de los trastornos cognitivos característicos de la demencia, el cuadro clínico actual incluye una falta de restricción clínicamente significativa que se manifiesta como una falta de consideración por las convenciones sociales, con impulsividad y una evaluación deficiente de los riesgos.
- 6D86.6 Deambulación en la demencia**
Además de los trastornos cognitivos característicos de la demencia, el cuadro clínico actual incluye desviaciones clínicamente significativas que ponen a la persona en riesgo de daño.
- 6D86.Y Otros trastornos psicológicos o del comportamiento especificados en la demencia**
Nota sobre la codificación: requiredPCNote
- 6D86.Z Trastornos psicológicos o del comportamiento en la demencia, sin especificación**
Nota sobre la codificación: requiredPCNote
- 6D8Z Demencia, causa desconocida o sin especificación**
Nota sobre la codificación: requiredPCNote
- 6E0Y Otros trastornos neurocognitivos especificados**
- 6E0Z Trastornos neurocognitivos, sin especificación**

Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio (BlockL1-6E2)

Síndromes asociados con el embarazo o el puerperio (que comienzan alrededor de 6 semanas después del parto) que implican características mentales y de comportamiento significativas. Si los síntomas cumplen los requisitos diagnósticos de algún trastorno mental específico se debe asignar también ese diagnóstico.

Codificado en otra parte: Trastorno psicológico relacionado con fístula obstétrica (GC04.1Y)

6E20**Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos**

Síndrome asociado con el embarazo o el puerperio (que comienza aproximadamente 6 semanas después del parto) que involucra características mentales y del comportamiento significativas, más comúnmente síntomas depresivos. El síndrome no incluye delirios, alucinaciones u otros síntomas psicóticos. Si los síntomas cumplen con los requisitos de diagnóstico para un trastorno mental específico, también se debe asignar ese diagnóstico. Esta categoría no debe usarse para describir síntomas depresivos leves y transitorios que no cumplan con los requisitos diagnósticos para un episodio depresivo y que puedan ocurrir poco después del parto (lo que se suele denominar tristeza posparto).

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6E20.0 Depresión posparto SAI

6E20.Y Otros trastornos mentales o del comportamiento especificados asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6E20.Z Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6E21**Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, con síntomas psicóticos**

Síndrome asociado con el embarazo o el puerperio (que comienza aproximadamente 6 semanas después del parto) que involucra características mentales y del comportamiento significativas, que incluyen delirios, alucinaciones u otros síntomas psicóticos. También suelen estar presentes síntomas del estado de ánimo (depresivo o maníaco). Si los síntomas cumplen con los requisitos de diagnóstico para un trastorno mental específico, también se debe asignar ese diagnóstico.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6E2Z**Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin especificación**

6E40**Factores psicológicos o del comportamiento que afectan a enfermedades o trastornos clasificados en otra parte**

Los factores psicológicos y del comportamiento que afectan a trastornos o enfermedades clasificados en otra parte son aquellos que pueden afectar negativamente la manifestación, el tratamiento o la evolución de una enfermedad clasificada en otro capítulo de la CIE. Estos factores pueden afectar de forma adversa la manifestación, el tratamiento o la evolución de una enfermedad o trastorno clasificado en otro capítulo al interferir con el tratamiento del trastorno o la enfermedad por la falta de adhesión o de búsqueda de atención, al representar un riesgo de salud adicional o al influir en la fisiopatología subyacente, lo que puede precipitar o exacerbar los síntomas o requerir atención médica. Este diagnóstico debe aplicarse solo cuando estos factores aumentan el riesgo de sufrimiento, discapacidad o muerte, y representan un foco de atención clínica, y no se explican mejor por otro trastorno mental o del comportamiento, y debe asignarse junto con el diagnóstico de la otra enfermedad.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Inclusiones: Factores psicológicos que afectan a las condiciones físicas

Exclusiones: Cefalea tensional (8A81)
Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio (BlockL1-6E2)

6E40.0 Trastorno mental que afecta a enfermedades o trastornos clasificados en otra parte

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para los factores psicológicos o del comportamiento que afectan a trastornos o enfermedades clasificados en otra parte. La persona es diagnosticada con un trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo que afecta de manera adversa la manifestación, el tratamiento o la evolución de un trastorno o enfermedad clasificados en otro capítulo.

6E40.1 Síntomas psicológicos que afectan a enfermedades o trastornos clasificados en otra parte

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para los factores psicológicos o del comportamiento que afectan a trastornos o enfermedades clasificados en otra parte. La persona presenta síntomas psicológicos que no cumplen con los requisitos de diagnóstico para un trastorno mental, del comportamiento o del desarrollo neurológico que afecta adversamente la manifestación, el tratamiento o la evolución de un trastorno o enfermedad clasificado en otro capítulo.

6E40.2 Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a enfermedades o trastornos clasificados en otra parte

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para los factores psicológicos o del comportamiento que afectan a los trastornos o enfermedades clasificados en otra parte. La persona muestra rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento que no cumplen con los requisitos de diagnóstico para un trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo que afecta adversamente la manifestación, el tratamiento o la evolución de un trastorno o enfermedad clasificado en otro capítulo.

6E40.3 Comportamientos de salud inadaptados que afectan a enfermedades o trastornos clasificados en otra parte

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para los factores psicológicos o del comportamiento que afectan a trastornos o enfermedades clasificadas en otra parte. La persona muestra comportamientos de salud inadaptados que afectan adversamente la manifestación, el tratamiento o la evolución de un trastorno o enfermedad clasificado en otro capítulo (por ejemplo, comer en exceso, falta de ejercicio).

6E40.4 Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a enfermedades o trastornos clasificados en otra parte

Se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para los factores psicológicos o del comportamiento que afectan a los trastornos o enfermedades clasificadas en otra parte. La persona muestra respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés que afectan adversamente la manifestación, el tratamiento o la evolución de un trastorno o enfermedad clasificada en otro capítulo (por ejemplo, exacerbación de úlceras por el estrés, hipertensión, arritmia o dolor de cabeza por tensión).

6E40.Y Otros factores psicológicos o del comportamiento especificados que afectan a enfermedades o trastornos clasificados en otra parte

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6E40.Z Factores psicológicos o del comportamiento que afectan a enfermedades o trastornos clasificados en otra parte, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte (BlockL1-6E6)

Esta agrupación incluye síndromes caracterizados por la presencia de síntomas psicológicos o del comportamiento prominentes que se consideran consecuencia fisiopatológicas directas de una condición de salud no clasificada en los trastornos mentales y del comportamiento sobre la base de los antecedentes, el examen físico o los resultados de laboratorio. Los síntomas no se explican por delirium u otro trastorno mental o del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a un trastorno médico grave (p. ej., trastorno de adaptación o síntomas de ansiedad en respuesta al diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal). Estas categorías deben usarse además del diagnóstico del presunto trastorno o enfermedad subyacente cuando los síntomas psicológicos y del comportamiento son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Codificado en otra parte: Delirium por enfermedad clasificada en otra parte (6D70.0)

6E60

Síndrome secundario del neurodesarrollo

Es un síndrome que involucra características significativas del neurodesarrollo que no cumplen con los requisitos diagnósticos de ninguno de los trastornos específicos del neurodesarrollo y que se considera una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada en los trastornos mentales y del comportamiento (por ej., características autistas en el síndrome de Retts; agresión y automutilación en el síndrome de Lesch-Nyhan, anomalías en el desarrollo del lenguaje en el síndrome de Williams), sobre la base de la evidencia de los antecedentes, el examen físico o los resultados de laboratorio. Esta categoría debe usarse además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente cuando los problemas del neurodesarrollo son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6E60.0

Síndrome secundario del habla o lenguaje

Es un síndrome que involucra características significativas relacionadas con el desarrollo del habla o el lenguaje que no cumplen con los requisitos de diagnóstico de ninguno de los trastornos específicos del desarrollo del habla o del lenguaje que se considera una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada en los trastornos mentales y del comportamiento sobre la base de la evidencia de los antecedentes, el examen físico o los resultados de laboratorio. Las posibles etiologías incluyen alguna enfermedad del sistema nervioso, deterioro sensorial, lesión cerebral o infección.

Nota sobre la codificación: Este diagnóstico debe aplicarse además del diagnóstico de la enfermedad o trastorno subyacente cuando los problemas del neurodesarrollo son lo suficientemente graves como para requerir atención médica específica.

6E60.Y

Otro síndrome secundario del neurodesarrollo especificado

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6E60.Z

Síndrome secundario del neurodesarrollo, sin especificación

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6E61**Síndrome secundario psicótico**

Síndrome caracterizado por la presencia de alucinaciones o delirios prominentes que se consideran una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada en los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o los resultados de laboratorio. Los síntomas no se explican por delirium o la presencia de otro trastorno mental y del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a una condición médica grave (por ejemplo, una reacción de estrés agudo en respuesta a un diagnóstico potencialmente mortal). Esta categoría debería utilizarse además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente cuando los síntomas psicóticos son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno psicótico agudo y transitorio (6A23)
Delirium (6D70)
Trastornos del estado de ánimo (BlockL1-6A6)

6E61.0**Síndrome secundario psicótico, con alucinaciones**

Síndrome caracterizado por la presencia de alucinaciones prominentes que se considera una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada bajo los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio. Los delirios no son un aspecto importante de la presentación clínica. Los síntomas no se explican por delirium o la presencia de otro trastorno mental y del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a una enfermedad médica grave (por ejemplo, una reacción de estrés agudo en respuesta a un diagnóstico potencialmente mortal). Esta categoría debe ser usada además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente, o cuando los síntomas psicóticos son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Delirium (6D70)
Trastornos del estado de ánimo (BlockL1-6A6)

6E61.1**Síndrome secundario psicótico, con delirios**

Síndrome caracterizado por la presencia de ideas delirantes que se consideran una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada bajo los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la bases de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio. Las alucinaciones no son un aspecto importante de la presentación clínica. Los síntomas no se explican por delirium o la presencia de otro trastorno mental o del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a una enfermedad médica grave (por ejemplo, una reacción de estrés agudo en respuesta a un diagnóstico potencialmente mortal). Esta categoría se debe utilizar además del diagnóstico del presunto trastorno o enfermedad subyacente, o cuando los síntomas psicóticos son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Delirium (6D70)
Trastornos del estado de ánimo (BlockL1-6A6)

6E61.2**Síndrome secundario psicótico, con alucinaciones y delirios**

Síndrome que se caracteriza por la presencia tanto de alucinaciones como de delirios prominentes que se consideran una consecuencia fisiopatológico directa de una condición de salud no clasificada bajo los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio. Los síntomas no se explican por delirium o la presencia de otro trastorno mental o del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a una enfermedad médica grave (por ejemplo, una reacción de estrés agudo en respuesta a un diagnóstico potencialmente mortal). Esta categoría se debe utilizar además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente, o cuando los síntomas psicóticos son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Delirium (6D70)
Trastornos del estado de ánimo (BlockL1-6A6)

6E61.3**Síndrome secundario psicótico, con síntomas no especificados**

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

6E62**Síndrome secundario del estado del ánimo**

Síndrome que se caracteriza por la presencia de síntomas del estado de ánimo prominentes (es decir, depresión, estado de ánimo elebado, irritabilidad) que se consideran una consecuencia fisiopatológica directa de un trastorno o enfermedad que no está clasificado bajo los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio. Los síntomas no se explican por delirium ni por otro trastorno mental o del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a una enfermedad médica grave. Esta categoría debe utilizarse además del diagnóstico del presunto trastorno o enfermedad subyacente, o cuando los síntomas del estado de ánimo son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de adaptación (6B43)
Delirium (6D70)

6E62.0**Síndrome secundario del estado del ánimo, con síntomas depresivos**

Síndrome que se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos prominentes como un estado de ánimo persistentemente deprimido, pérdida del interés en actividades que antes se disfrutaban, o signos como apariencia llorosa y desamparada que se consideran una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada bajo los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio. Los síntomas no se explican por delirium ni la presencia de otro trastorno mental o del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a una enfermedad médica grave (por ejemplo, síntomas depresivos en respuesta a un diagnóstico potencialmente mortal). Esta categoría debe utilizarse además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente, o cuando los síntomas del estado de ánimo son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de adaptación (6B43)
Delirium (6D70)

6E62.1**Síndrome secundario afectivo, con síntomas maníacos**

Síndrome que se caracteriza por la presencia de síntomas maníacos prominentes como estados de ánimo elevados, eufóricos, de irritabilidad o expansivas, cambios rápidos de estado de ánimo (por ejemplo, labilidad emocional) o aumento de la energía o la actividad que se considera que es una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada bajo los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Inclusiones: síndrome afectivo debido a trastornos o enfermedades no clasificadas como trastornos mentales y del comportamiento, con síntomas maníacos

Exclusiones: Trastorno de adaptación (6B43)
Delirium (6D70)

6E62.2**Síndrome secundario del estado del ánimo, con síntomas mixtos**

Síndrome caracterizado por la presencia tanto de síntomas maníacos como depresivos, ya sea que ocurran juntos o alternando día a día o durante el transcurso de un mismo día, que se consideran una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada bajo los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio. Los síntomas maníacos pueden incluir estados de ánimo elevados, eufóricos, de irritabilidad o expansivos, cambios rápidos de estado de ánimo (por ejemplo, labilidad emocional) o aumento de la energía o de la actividad. Los síntomas depresivos pueden incluir un estado de ánimo persistentemente deprimido, pérdida del interés en actividades que antes se disfrutaban, o signos como apariencia llorosa o desamparada. Los síntomas no se explican por delirium o la presencia de otro trastorno mental o del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a una enfermedad médica grave (por ejemplo, síntomas depresivos en respuesta a un diagnóstico potencialmente mortal). Esta categoría debe utilizarse además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente, o cuando los síntomas del estado de ánimo son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de adaptación (6B43)
Delirium (6D70)

6E62.3**Síndrome secundario del estado del ánimo, con síntomas no especificados**

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de adaptación (6B43)
Delirium (6D70)

6E63**Síndrome secundario de ansiedad**

Síndrome que se caracteriza por la presencia de síntomas prominentes de ansiedad que se consideran consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada en los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o los resultados de laboratorio. Los síntomas no se explican por delirium o la presencia de otro trastorno mental o del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a una enfermedad médica grave (por ejemplo, síntomas de ansiedad o ataques de pánico en respuesta a un diagnóstico potencialmente mortal). Esta categoría debe utilizarse además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente, cuando los síntomas de ansiedad son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastorno de adaptación (6B43)
Delirium (6D70)

6E64**Síndrome secundario obsesivo-compulsivo o relacionado**

Síndrome caracterizado por la presencia a un nivel prominente de obsesiones, compulsiones, preocupaciones por la apariencia, acumulación, tirones de piel, tirones de pelo, otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo u otros síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados que se consideran una consecuencia fisiopatológica directa de un trastorno o enfermedad no clasificado en los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio. Los síntomas no se explican por delirium o por otro trastorno mental o del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a una enfermedad médica grave (por ejemplo, las rumiaciones repetitivas en respuesta a un diagnóstico potencialmente mortal). Esta categoría debe utilizarse además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente cuando los síntomas obsesivo-compulsivo o relacionados son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Delirium (6D70)
Trastorno obsesivo-compulsivo u otro trastorno relacionado inducido por otra sustancia psicoactiva especificada (6C4E.72)

6E65**Síndrome secundario disociativo**

Síndrome que se caracteriza por la presencia de síntomas disociativos prominentes (por ejemplo, despersonalización, desrealización) que se consideran una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada en los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o los resultados de laboratorio. Los síntomas no se explican por delirium o la presencia de otro trastorno mental y del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a una enfermedad médica grave (por ejemplo, como parte de una reacción de estrés agudo en respuesta a un diagnóstico potencialmente mortal). Esta categoría debe utilizarse además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente, o cuando los síntomas disociativos son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Delirium (6D70)
Reacción al estrés agudo (QE84)

6E66**Síndrome secundario de control de los impulsos**

Síndrome que se caracteriza por la presencia de síntomas prominentes de alteración en el control de los impulsos (por ejemplo, juego de apuestas excesivo, robo, incendios, explosión agresiva, comportamiento sexual compulsivo) que se considera una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada bajo los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio. Los síntomas no se explican por delirium o la presencia de otro trastorno mental o del comportamiento, y no son una respuesta mediada psicológicamente a una enfermedad médica grave (por ejemplo, como parte de un trastorno de adaptación en respuesta a un diagnóstico potencialmente mortal). Esta categoría debe utilizarse además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente, o cuando los síntomas de control de los impulsos sean lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Delirium (6D70)

6E67**Síndrome secundario neurocognitivo**

Síndrome que involucra características significativas de las funciones cognitivas que no cumplen los requisitos de diagnóstico de ninguno de los trastornos neurocognitivos específicos y se consideran una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud o traumatismo no clasificados bajo los trastornos mentales y del comportamiento (por ejemplo, cambios cognitivos debido a un tumor cerebral), con base en la evidencia de los antecedentes, la exploración física o los resultados de laboratorio. Esta categoría debería utilizarse además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente o cuando los síntomas cognitivos son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Trastornos con deterioro neurocognitivo como característica destacada (BlockL1-8A2)

Codificado en otra parte: Delirium (6D70)

6E68**Cambio de personalidad secundario**

Síndrome caracterizado por una perturbación persistente de la personalidad que representa un cambio con respecto al patrón de personalidad característico anterior de la persona y que se considera una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada bajo los trastornos mentales y del comportamiento, sobre la base de la evidencia de los antecedentes, el examen físico o los resultados de laboratorio. Los síntomas no se explican por delirium o por otro trastorno mental o del comportamiento, y no son una respuesta psicológicamente mediada a un trastorno médico grave (por ejemplo, abstinencia social, evitación o dependencia en respuesta a un diagnóstico potencialmente mortal). Esta categoría se debe usar además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente cuando los síntomas de la personalidad son lo suficientemente graves como para requerir atención clínica específica.

Nota sobre la codificación: requiredPCNote

Exclusiones: Dificultades de la personalidad (QE50.7)
Trastorno de personalidad (6D10)
Delirium (6D70)

6E69**Síndrome de catatonía secundaria**

El síndrome de catatonía secundaria es un síndrome de un marcado disturbio en el control psicomotor que se considera una consecuencia de una afección médica no clasificada en los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo (p. ej., cetoacidosis diabética, hipercalcemia, encefalopatía hepática, homocistinuria, neoplasias, traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular y encefalitis). El síndrome se caracteriza por la aparición simultánea de varios síntomas como estupor, catalepsia, flexibilidad lardácea; mutismo; negativismo; posturas rígidas, estereotipias, agitación psicomotora, muecas, ecolalia y ecopraxia.

Nota sobre la codificación: Use un código adicional, si lo desea, para cualquier otro trastorno subyacente que se conozca.**6E6Y****Síndromes secundarios mentales o del comportamiento especificados asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte****Nota sobre la codificación:** requiredPCNote**6E6Z****Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte, sin especificación****Nota sobre la codificación:** requiredPCNote**6E8Y****Otros trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo especificados****6E8Z****Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo, sin especificación**