

Artículo de Revisión

“Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos”.

José Manuel Gallego Rodríguez¹, Eulalio Valmisa Gómez de Lara²

1. Especialista en psiquiatría. Unidad de Hospitalización de Agudos de Salud Mental del Hospital Universitario de Puerto Real. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental

2. Especialista en Psiquiatría. Director de la UGC de Salud Mental del Hospital Universitario de Puerto Real.

Resumen

En Junio de 2018, la OMS aprobó su versión prefinal de la 11ª revisión de la Clasificación de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE-11) para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Está establecida la fecha de su entrada en vigor el 01 de Enero de 2022. En lo que respecta a la revisión del Capítulo sobre Trastornos Mentales y Conductuales, se incorporan numerosas novedades. El objetivo de este estudio es analizar y exponer las novedades respecto a la clasificación de los trastornos afectivos.

Palabras clave: 11ª Clasificación internacional de enfermedades (ICD-11). Trastornos mentales. Trastornos afectivos. Trastornos del humor.

Fuentes de datos: Versión 04/2019 de la ICD 11 for Mortality and Morbidity Statistics en la página web de la WHO (www.who.int/classifications/icd/en).

El origen de la CIE-10

William Farr recibió el encargo, junto a Marc d'Espine, en el I Congreso Internacional de Estadística (1853), de preparar una clasificación uniforme de las causas de defunción. La idea de Farr de clasificar las enfermedades según su localización anatómica se impuso y se construyó una Clasificación de Causas de Defunción con 139 enfermedades (1).

En 1893 el Instituto Internacional de Estadística (sucesor del Congreso Internacional de Estadística) aprobó la Lista Internacional de Causas de Defunción propuesta por Bertillon (París), lo que según Bartolomé y Sartorius (2) bien podría llamarse la CIE-1.

La Lista se basaba en la Clasificación de Farr y representaba a su vez una síntesis de diversas clasificaciones usadas en este tiempo por diversos países; hacía ya una distinción entre enfermedades generales y las localizadas en una región anatómica concreta. Fue adoptada en 1898 por la American Public Health Association (APHA) que además propuso que fuera revisada cada diez años. El citado Instituto recomendó que esta clasificación se usara por todas las instituciones europeas de estadística.

La Quinta Conferencia Internacional para la Revisión Decenal de la Lista Internacional de Causas de Defunción fue convocada en París en 1938 y constituye la última revisión de la lista tal como se concebía entonces (únicamente como clasificación de causas de fallecimiento). De ella surgieron tres listas, una detallada con 200 causas, una intermedia con 87 y una lista resumida con 44.

El objetivo siguiente fue crear una lista conjunta de mortalidad y morbilidad. En 1944 la División de Métodos de Salud Pública del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos publicó el Manual for coding cause of illness according to a diagnosis code of tabulating morbidity statistics. Este manual puede considerarse como el antepasado más reciente de la versión actual de la CIE, ya que contenía los códigos diagnósticos, una lista tabular y un índice alfabético (3).

A partir de este momento es bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, en inglés WHO-World Health Organization) cuando se realizan nuevas revisiones. Recordemos que la OMS fue constituida en la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en New York del 19 de Junio al 22 de Julio de 1946, firmada el 22 de Julio de 1946 por los representantes de 61 estados y entró en vigor el 7 de Abril de 1948 (fecha que pasará a ser el día Mundial de la Salud)(4). Se siguen diferentes revisiones (1955 (7ma), 1968 (8va.), 1978 (9na.) y en 1992 la CIE-10, la cual entró en vigor el 1 de Enero de 1993.

Clasificación de los trastornos mentales en la CIE-10

Los trastornos mentales y del comportamiento vienen incluidos en el capítulo V (códigos F00-F99). El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS es el responsable de

los aspectos técnicos de la revisión del capítulo de la CIE-10 para los Trastornos Mentales y de la Conducta. Para asistir en todas las fases del proceso de revisión, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias designó un Grupo Asesor Internacional para la Revisión de la CIE10, con representación global y multidisciplinar (5).

En la CIE-10 se produjeron cambios substanciales en el Capítulo V con respecto a la clasificación anterior. Entre éstos:

- Se aumentó considerablemente el número de categorías disponibles para la clasificación, a partir de un sistema de clasificación alfanumérico de códigos de una letra, seguida de dos números, que completan el nivel de tres caracteres. De este modo, de treinta categorías de tres números, el capítulo V pasó a cien categorías que no se utilizan todas para permitir la introducción de cambios sin necesidad de rediseñar el sistema entero. Las categorías principales van desde el F00 hasta el F99 y describen los diferentes trastornos mentales agrupados a partir de criterios muy prácticos, en el que poco o nada han tenido que ver criterios etiológicos, evolutivos o pronósticos.
- El término trastorno se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como enfermedad o padecimiento. Aunque trastorno no es un término preciso, se usa para señalar "la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo"(OMS, 1992, pág.26). Como se desprende de esta definición, el principio ordenador utilizado para clasificar es esencialmente el de las manifestaciones clínicas del paciente.

Las categorías principales aparecen agrupadas del siguiente modo:

F00 -F09. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F10 -F19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicotropas.

F20 - F29. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F30 -F39. Trastornos del humor (afectivos).

F40-F49. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F50- F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas.

F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F70 -F79. Retraso Mental.

F80 - F89. Trastornos del desarrollo psicológico.

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

F99. Trastornos mentales sin especificación.

Esta clasificación tiene 10 categorías de dos caracteres (de F0 a F9) y 100 categorías principales de tres caracteres, a diferencia de las solo 30 (290 a 319) que tenía la CIE-9. Dentro de cada grupo, identificados por los tres primeros caracteres, se encuentran incluidos los diferentes trastornos mentales, grupos no codificados y para cuando no se logra un diagnóstico suficientemente especificado.

Los trastornos del humor en la cie-10 (f30-f39) (6) (tabla1).

Esta sección incluye a los trastornos en que su alteración fundamental es un cambio en el humor hacia la depresión o la euforia. La evolución suele ser recurrente y el inicio de un episodio se puede asociar con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes. También es importante resaltar que en todas las categorías es criterio de exclusión cuando el consumo activo de sustancias o un proceso "orgánico" puede ser causa del proceso.

Los puntos críticos de la clasificación de los trastornos afectivos son (7):

- Se difumina la etiopatogenia, pues el diagnóstico se establece por la suma de muchos síntomas inespecíficos.
- Se pierde el principio de clasificación jerárquica, excepto en el caso de los trastornos bipolares, en los que la presencia de episodios hipomaniacos/maniacos condiciona el diagnóstico
- Se pierde la diferenciación clásica endógeno frente a reactivo-neurótico.

Episodio maniaco y trastorno bipolar.

En la CIE-10 desaparece el término "Psicosis maniaco-depresiva" conceptualizado por Kraepelin. Es Robins quien por primera vez utiliza la distinción entre unipolar y bipolar para dividir las depresiones primarias según presenten manía o no. La separación entre unipolar y bipolar fue validada por Perris y Angst en Europa, y Winokor y Clayton, en EEUU. Ambas formas de trastornos afectivos difieren en diversas variables clínicas, bioquímico-genéticas, terapéuticas y de pronóstico y sociodemográficas (8), por lo que sirvió de base principal de clasificación para los trastornos afectivos.

Hay que destacar que se puede realizar el diagnóstico de manía o hipomanía sin el de trastorno bipolar, ya que hay un grupo de pacientes que solo tienen un episodio en su vida. Cuando se repite un episodio, es cuando se realiza el diagnóstico de trastorno bipolar.

Para el diagnóstico de hipomanía el humor tiene que estar elevado o irritable, estableciéndose que debe ser “claramente anormal” para el individuo afectado. Y es importante el dato de que la duración para considerarse un episodio de hipomanía es de al menos 4 días consecutivos. Se establece un listado de 7 síntomas de los cuales han de estar al menos 3 y que deben de interferir con el funcionamiento normal de la vida diaria.

Respecto a la manía, se sigue considerando que la alteración del humor puede ser por exceso (“exaltado, expansivo”) o irritable. El valor temporal para considerar un episodio es de al menos una semana. Se establecen dos grandes grupos según existan o no síntomas psicóticos (considerándose síntomas psicóticos las alucinaciones y los delirios, y diferentes a los descritos para la esquizofrenia) y dentro de los que presentan síntomas psicóticos, si estos son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

El diagnóstico de trastorno bipolar exige la presencia de un episodio afectivo previo, de polaridad maniaca o depresiva. El episodio actual ha de ser hipomaniaco, maniaco o mixto (entendiendo por mixto “una mezcla o una sucesión rápida de síntomas hipomaniacos, maniacos y depresivos y estos deben ser prominentes durante al menos dos semanas”) si el primer episodio fue depresivo, y se consideran las mismas subdivisiones de sin/con síntomas psicóticos y si estos son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. Si el episodio es depresivo, debe tener episodios previos hipomaniacos, maniacos o mixtos. En los episodios depresivos se establece un criterio de intensidad en grados leve-moderado-grave según el número de síntomas que presente. Al igual que con los episodios maniacos, puede o no existir síntomas psicóticos y que estos sean congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

Según esta clasificación no se podría hacer el diagnóstico de episodio mixto independiente, como en el caso de episodio maniaco.

El trastorno bipolar tipo 2 no está categorizado. Se incluiría en otros trastornos bipolares.

El trastorno depresivo.

Para el diagnóstico de depresión tiene que haber dos de los tres síntomas fundamentales de la depresión, que se consideran el humor depresivo, la pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras y disminución de la energía o

aumento de la fatigabilidad. Se postulan unos síntomas accesorios (siete) que van a determinar el grado de gravedad del episodio depresivo: 6 (2 principales más 4 accesorios) para el episodio moderado, 8 (2 principales más 6 accesorios) para el grave. Se considera la posibilidad de poner un especificador, con o sin síndrome somático, haciendo referencia a los síntomas que clásicamente se han considerados “melancólicos” o “endógenos” (desaparece la depresión melancólica).

La presencia de síntomas psicóticos, es decir, ideas delirantes o alucinaciones (diferentes a las descritas como típicas en la esquizofrenia), así como el estupor depresivo, definen a la depresión grave con síntomas psicóticos.

El tiempo de duración mínimo para establecer el diagnóstico de episodio depresivo son de 2 semanas.

La categoría de otros episodios depresivos serviría para incluir aquellos trastornos depresivos considerados atípicos.

Cuando el episodio depresivo tiene antecedentes previos de otros similares, se diagnosticará como trastorno depresivo recurrente acompañado del episodio actual (que puede ser leve, moderado, grave sin/con síntomas psicóticos). También se puede añadir la ausencia o presencia de síndrome somático.

Otra consideración para clasificación de los trastornos afectivos es si estos presentan continuidad prolongada en el tiempo sin fases de mejoría prolongadas o ausencia de síntomas, incluso de años, normalmente con clínica más atenuada. Se establece pues una categoría denominada *trastorno afectivo persistente*. Esta incluiría la *ciclotimia* (aunque aquí si se señala que puede haber periodos intermedios de estado de ánimo normal) y la *distimia*. La ciclotimia anteriormente se incluía en los trastornos de la personalidad. En ambos el criterio temporal debe ser de al menos dos años. En la ciclotimia hay cambios de polaridad; en la distimia siempre la polaridad es depresiva. En la ciclotimia nunca debe aparecer un cuadro maniaco, ya que sería definitorio trastorno bipolar.

La CIE-11

En Junio de 2018, la OMS aprobó su versión prefinal de la 11ª revisión de la Clasificación de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE-11) para estadísticas de mortalidad y morbilidad en su 194 países miembros, para su análisis y preparación para la implementación

(9). Era de esperar que en mayo de 2019 fuese aprobada y que después de la aprobación, los países miembros comenzarán un proceso de transición de la CIE-10 a la CIE-11, y la notificación de las estadísticas de salud a la OMS utilizando la CIE-11 comenzará el 1 de Enero de 2022 (10).

El Departamento de Salud Mental y de Uso de Sustancias de la OMS se ha encargado de coordinar el desarrollo de cuatro capítulos de la CIE-11: trastornos mentales, conducta y neurodesarrollo; sueño-vigilia; enfermedades del sistema nervioso; y trastornos relacionados con la salud sexual (en conjunto con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones de la OMS). Además desarrolló para los profesionales de la salud mental las Descripciones Clínicas y Guías Diagnósticas (CDDG) de los Trastornos Mentales y de la Conducta de la ICD-10, informalmente conocidas como el “libro azul”, que tienen como finalidad su uso clínico general educativo y de servicio (11). Para cada trastorno se proporcionó una descripción de las principales manifestaciones clínicas y asociadas, seguida de guías diagnósticas más operacionalizadas que fueron diseñadas para ayudar a los profesionales clínicos de la salud mental a establecer un diagnóstico seguro. El Departamento publicará una versión equivalente a las CDDG para la CIE-11 lo más pronto posible después de la aprobación del sistema general por la Asamblea Mundial de la Salud.

Cabe destacar que una de las metas fue minimizar las diferencias aleatorias o arbitrarias entre la CIE-11 y el DSM-5, aunque se han permitido diferencias conceptuales justificadas.

Uno de los principales cambios en el diagnóstico de la CIE-11 es que se evitan los umbrales arbitrarios y requisitos precisos relacionados con los números de síntomas y su duración. Este enfoque se ajusta más a la forma en que los profesionales clínicos establecen diagnósticos en la práctica habitual.

Los trastornos afectivos en la CIE-11 (tabla 2).

Presentamos a continuación las principales novedades que apreciamos tras la lectura de la CIE-11 publicada en la página de internet de la WHO (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>):

- Se incorporan nuevos grupos diagnósticos: los trastornos afectivos inducidos por sustancias y los síndromes secundarios del estado de ánimo.
- Se consideran trastornos afectivos inducidos por sustancias aquellos en los que se desarrollan síntomas durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia adictiva

y su duración e intensidad son superiores a los trastornos del estado del ánimo característicos de la intoxicación por tal sustancia. No se pueden explicar por un proceso primario (no aparecen previamente al consumo de la sustancia, ni duran tan prolongadamente después del consumo. No hay tampoco antecedentes de episodios de trastornos del estado de ánimo fuera del contexto de consumo). Los tóxicos que quedan catalogados como agentes productores son el alcohol, la cocaína, opiáceos, sedantes-hipnóticos-ansiolíticos, estimulantes, catinonas sintéticas, alucinógenos, inhalantes volátiles, MDMA, ketamina y fenciclidina.

- Los síndromes secundarios no quedan excluidos de la clasificación de los trastornos afectivos. Antes entraban en el grupo de F06.3 (Trastornos del humor orgánicos) dentro del grupo trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. Estos síndromes 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). Se pueden desarrollar síntomas depresivos, maníacos, mixtos o no especificados.
- Aparecen como subcategorías en los trastornos depresivos y bipolares los términos de remisión parcial y remisión total, dando importancia a la respuesta al tratamiento y evolución de dichos trastornos. En la remisión parcial ya no se cumplen todos los criterios que definen el trastorno pero permanecen algunos síntomas.
- Desaparece la categoría diagnóstica de episodio maniaco fuera del trastorno bipolar. La presentación de un episodio maniaco es definitoria de trastorno bipolar, que en este caso habría de diagnosticarse de trastorno bipolar tipo I, episodio actual maniaco.
- Se incluye como división en la categoría diagnóstica de los trastornos bipolares los tipo I y II. El tipo II se caracteriza por la existencia de episodios depresivos e hipomaniacos, nunca maníacos ni mixtos.
- Desaparece dentro de los trastornos bipolares la consideración de congruencia o incongruencia de los síntomas psicóticos con el estado de ánimo.

- Se ha eliminado el subagrupamiento separado de la CIE-10 de trastornos afectivos persistentes, que incluían la distimia y la ciclotimia. La ciclotimia queda incluida en los trastornos bipolares como trastorno ciclotímico. La distimia como trastorno distímico dentro de los trastornos depresivos. Es importante la consideración en la distimia de que esta se puede dar en niños o adolescentes en forma de irritabilidad generalizada.
- Se crea la nueva categoría de trastorno mixto de ansiedad y depresión dentro de los trastornos depresivos. Este 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 trastorno disfórico menstrual se incluye dentro de los trastornos depresivos, con el código GA34.41 (cuya entidad padre es enfermedades del aparato genitourinario, en la subdivisión dolor pélvico femenino asociado a órganos genitales, trastornos premenstruales o ciclo menstrual-trastornos premenstruales). De este modo se puede hacer un diagnóstico de esta patología partiendo de dos grupos padres diferentes, pero con un mismo código.
- Respecto al concepto de episodio depresivo, son dos los síntomas nucleares: el estado de ánimo depresivo y la disminución del interés en las actividades (en la CIE-10 se añadía la disminución de la energía o fatigabilidad). La desesperanza se ha añadido como un síntoma cognitivo adicional debido a fuerte evidencia de su valor predictivo para el diagnóstico de trastornos depresivos (12).
- También es importante tener en cuenta la diferenciación de grado en los episodios depresivos (tanto en depresiones unipolares como bipolares) de leve-moderado-grave. Esta ya no es por un número determinado de síntomas, sino por la intensidad de los síntomas y su interferencia con la vida laboral, social o doméstica (toma protagonismo lo funcional). El nivel leve tiene algún grado de dificultad, aunque no considerable. El moderado tiene “considerable dificultad” y el grave” es incapaz de funcionar en lo personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otros dominios importantes de la vida”.

- El grado moderado en los trastornos depresivos puede acompañarse de síntomas psicóticos. En la CIE-10 la presentación de síntomas psicóticos era considerada ya de por sí grave.
- Bajo el epígrafe de presentaciones sintomáticas y de curso (grupo 6A80) se pueden añadir una serie de especificadores. 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:
 - Morbilidad asociada con ansiedad o ataques de pánico (debido a su fuerte asociación)
 - La persistencia de la sintomatología.
 - Con síntomas melancólicos (recuperando pues el término clásico y desapareciendo el llamado síndrome somático de la CIE-10).
 - Patrón estacional.
 - Ciclos rápidos. Respecto a este especificador, 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. 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.
 - Si están asociados al embarazo, parto o puerperio considerando la importancia de si existen síntomas psicóticos o no.

Conclusiones

La CIE-11 va a incorporar una serie de novedades importantes como la incorporación de nuevas entidades como el trastorno mixto de ansiedad y depresión o el trastorno bipolar tipo 2. Se tiene en cuenta el factor de comorbilidad sobre todo con la ansiedad, de curso (remisión parcial, remisión completa, ciclación rápida, persistencia) y de épocas especiales como el embarazo y el puerperio o la estacionalidad. Se amplían con grupos que anteriormente eran excluidos como los trastornos secundarios del estado de ánimo y los inducidos por sustancias. Respecto a los criterios diagnósticos se deja atrás la rigidez de

cumplir una serie de números de síntomas, lo que se aproxima más al diagnóstico clínico habitual; la gravedad está más centrada en el criterio de afectación de la funcionalidad y se sigue con la diferenciación entre bipolar y monopolar como división fundamental de estos trastornos.

Tabla 1

F30-F39 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	
F30 Episodio maniaco	F30.0 Hipomanía F30.1 Manía sin síntomas psicóticos F30.2 Manía con síntomas psicóticos .20 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. .21 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. F30.8 Otros episodios maníacos. F30.9 Episodio maniaco sin especificación.
F31 Trastorno bipolar	F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco. F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos. .20 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. .21 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado. .30 Sin síndrome somático. .31 Con síndrome somático. F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos. F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos. .50 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. .51 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto. F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión. F31.8 Otros trastornos bipolares F31.9 Trastorno bipolar sin especificación
F32 Episodios depresivos	F32.0 Episodio depresivo leve .00 Sin síndrome somático

	<p>.01 Con síndrome somáticos</p> <p>F32.1 Episodio depresivo moderado.</p> <p>.10 Sin síndrome somático</p> <p>.11 Con síndrome somático</p> <p>F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.</p> <p>F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.</p> <p>.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.</p> <p>.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.</p> <p>F32.8 Otros episodios depresivos.</p> <p>F32.9 Episodio depresivo sin especificación.</p>
F33 Trastorno depresivo recurrente	<p>F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.</p> <p>.00 Sin síndrome somático</p> <p>.01 Con síndrome somático</p> <p>F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado</p> <p>.10 Sin síndrome somático</p> <p>.11 Con síndrome somático</p> <p>F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos</p> <p>F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.</p> <p>.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.</p> <p>.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.</p> <p>F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión</p> <p>F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.</p> <p>F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.</p>
F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes	<p>F34.0 Ciclotimia</p> <p>F34.1 Distimia</p> <p>F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes</p> <p>F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación</p>
F38 Otros trastornos del humor (afectivos)	<p>F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados</p> <p>.00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto</p> <p>F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes</p> <p>.10 Trastorno depresivo recurrente breve</p> <p>F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos)</p>
F39 Trastornos del humor (afectivo) sin especificación	

Tabla 2

06 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO			
TRASTORNOS	BIPOLARES	U	OTROS
TRASTORNOS RELACIONADOS			<p>6A60 Trastorno bipolar de tipo I</p> <p>6A60.0 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.1 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos</p> <p>6A60.2 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual hipomaniaco.</p> <p>6A60.3 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual depresivo leve.</p> <p>6A60.4 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual depresivo moderado sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.5 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual depresivo moderado con síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.6 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.7. Trastorno bipolar tipo I, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.8 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, gravedad no especificada</p> <p>6A60.9 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual mixto sin síntomas psicóticos</p> <p>6A60.A Trastorno bipolar tipo I, episodio actual mixto con síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.B Trastorno bipolar tipo I actualmente en remisión parcial con episodio más reciente maniaco o hipomaniaco.</p> <p>6A60.C Trastorno bipolar tipo I actualmente en remisión parcial con episodio depresivo más reciente.</p>

	<p>6A60.D Trastorno bipolar tipo I actualmente en remisión parcial con episodio mixto más reciente</p> <p>6A60.E Trastorno bipolar tipo I actualmente en remisión parcial, episodio más reciente no especificado</p> <p>6A60.F Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión total.</p> <p>6A60.Y Otro trastorno bipolar tipo I especificado</p> <p>6A60.Z Otro trastorno bipolar tipo I sin especificación.</p> <p>6A61 Trastorno bipolar de tipo II</p> <p>6A61.0 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual hipomaniaco.</p> <p>6A61.1 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual depresivo leve.</p> <p>6A61.2 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual depresivo moderado sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A61.3 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual depresivo moderado con síntomas psicóticos</p> <p>6A61.4 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos</p> <p>6A61.5 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos</p> <p>6A61.6 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual depresivo, gravedad no especificada</p> <p>6A61.7 Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión parcial con episodio más reciente hipomaniaco.</p> <p>6A61.8 Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión parcial con episodio más reciente depresivo.</p> <p>6A61.9 Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión parcial con episodio más reciente no especificado.</p> <p>6A61.A Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión completa.</p> <p>6A61.Y Otro trastorno bipolar tipo II especificado</p> <p>6A61.Z Otro trastorno bipolar tipo II, sin especificación</p> <p>6A62 Trastorno ciclotímico</p> <p>6A6Y Otros trastornos bipolares o trastornos relacionados específicos.</p> <p>6A6Z Trastornos bipolares o trastornos relacionados , sin especificación.</p>
<p>TRASTORNOS DEPRESIVOS</p>	<p>6A70 Trastorno depresivo episodio único.</p> <p>6A70.0 Trastorno depresivo, episodio único leve.</p> <p>6A70.1 Trastorno depresivo, episodio único moderado sin síntomas psicóticos.</p>

	<p>6A70.2 Trastorno depresivo, episodio único moderado con síntomas psicóticos.</p> <p>6A70.3 Trastorno depresivo, episodio único grave sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A70.4 Trastorno depresivo, episodio único grave con síntomas psicóticos.</p> <p>6A70.5 Trastorno depresivo, episodio único de gravedad no especificada.</p> <p>6A70.6 Trastorno depresivo, episodio único, actualmente en remisión parcial.</p> <p>6A70.7 Trastorno depresivo, episodio único, actualmente en remisión total.</p> <p>6A70.Y Otro trastorno depresivo, episodio único, especificado.</p> <p>6A70.Z Otro trastorno depresivo, episodio único, sin especificación.</p> <p>6A71 Trastorno depresivo recurrente.</p> <p>6A71.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.</p> <p>6A71.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A71.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con síntomas psicóticos.</p> <p>6A71.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A71.4 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.</p> <p>6A71.5 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual gravedad no especificada.</p> <p>6A71.6 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión parcial.</p> <p>6A71.7 Trastorno depresivo recurrente, episodio actualmente en remisión completa.</p> <p>6A71.Y Otro trastorno depresivo recurrente especificado.</p> <p>6A71.Z Trastorno depresivo recurrente, sin especificación.</p> <p>6A72 Trastorno distímico.</p> <p>6A73 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.</p> <p>GA34.41 Trastorno disfórico menstrual.</p> <p>6A7Y Otros trastornos depresivos específicos.</p> <p>6A7Z Trastornos depresivos, sin especificación.</p>
<p>6A80 Presentaciones sintomáticas y de curso para episodios del estado de ánimo en trastornos del estado de ánimo</p>	<p>6A80.0 Síntomas prominentes de ansiedad en episodios de alteración del estado de ánimo.</p> <p>6A80.1 Ataques de pánico en episodios de alteración del estado del ánimo.</p> <p>6A80.2 Episodio depresivo actual persistente.</p> <p>6A80.3 Episodio depresivo actual con melancolía.</p> <p>6A80.4 Patrón estacional de inicio del episodio de alteración del estado de ánimo.</p>

	<p>6A80.5 Ciclos rápidos.</p> <p>6E20 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos.</p> <p>6E21 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, con síntomas psicóticos.</p>
Trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias	<p>6C40.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de alcohol</p> <p>6C41.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de cannabis.</p> <p>6C42.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de cannabinoides sintéticos.</p> <p>6C43.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de opiáceos.</p> <p>6C44.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de sedantes, hipnótico o ansiolíticos.</p> <p>6C45.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de cocaína.</p> <p>6C46.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de estimulantes, incluidas la anfetaminas, metanfetaminas y la metcatinona.</p> <p>6C47.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de catinonas sintéticas.</p> <p>6C49.60 Trastorno del estado del ánimo inducido por el consumo de alucinógenos.</p> <p>6C4B.70 Trastorno del estado del ánimo inducido por inhalantes volátiles.</p> <p>6C4C70 Trastorno del estado de ánimo inducido por MDMA u otras drogas relacionadas, incluida MDA.</p> <p>6C4D60 Trastorno del estado del ánimo inducido por drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina (PCP).</p>
6E62 Síndrome secundario del estado de ánimo	<p>6E62.0 Síndrome secundario del estado de ánimo, con síntomas depresivos.</p> <p>6E62.1 Síndrome secundario del estado de ánimo, con síntomas maníacos.</p> <p>6E62.2 Síndrome secundario del estado de ánimo, con síntomas mixtos.</p> <p>6E62.3 Síndrome secundario del estado de ánimo, con síntomas no especificados.</p>
6A8Y Otros trastornos del estado de ánimo especificados	
6A8Z Trastornos del estado del ánimo sin especificación	

Bibliografía

1. CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. Pápeles Médicos 2002;11(1):24-35

2. Bartolomé JM, Sartorius N. Clasificaciones de las enfermedades mentales: de Bertillon a la CIE-10, un siglo de colaboración internacional. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1994;22(4): 193-9.
3. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10), Vol. 1. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
4. Ministerio de Asuntos Sociales, Unión Europea y Cooperación (www.exteriores.gob.es)
5. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 12, núm. 3, 2012, pp. 461-473
6. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Editorial médica panamericana.2000
7. Vallejo Ruiloba J., Gastó Ferrer C. Nosología de los trastornos afectivos. Tratado de psiquiatría. Volumen II. Psiquiatría Editores, S.L. 2005.
8. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. Nueva York: Oxford University Press, 1990.
9. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS) 2018 version. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
10. World Health Organization. Classification of diseases (ICD). <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
11. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
12. McGlinchey JB, Zimmerman M, Young D et al. Diagnosis major depressive disorder VIII: are some symptoms better than others? *J Nerv Ment Dis* 2006; 194:785-90