

P. Rodríguez Ramos
M. Fernández Álvarez

CIE-10: la empresa del milenio

Madrid

ICD-10: the enterprise of the milenium

RESUMEN

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), ha sido proyectada y desarrollada con el objetivo de la estabilidad. La pretensión explícita es que no requiera revisiones amplias y regulares cada diez años, como se venían haciendo, sino que se mantenga más allá del milenio. Del capítulo V (F) - Trastornos Mentales y del Comportamiento - se han realizado cuatro versiones hasta publicar la definitiva. Los cambios que se realicen debidos a los progresos empíricos que los justifiquen, serán meros ajustes de las categorías existentes; o a lo sumo requerirán la adición de algunas otras nuevas, para lo cual han quedado códigos sin utilizar.

La versión matriz, distribuida para uso clínico, es la de "Descripciones clínicas y directrices diagnósticas". De ella se derivan varias: una para uso general de los profesionales de salud que es la forma reducida de la anterior. Otra que se ha desarrollado para uso en la investigación, "Criterios Diagnósticos de Investigación" (CDI-10). Un sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos. Y una versión, aún no distribuida, para la práctica psiquiátrica infantil. Los CDI-10 se ha realizado

estructurando la versión matriz, sus criterios diagnósticos y descripciones clínicas, en criterios imprescindibles indicados con letras mayúsculas (A, B, C,...), y criterios opcionales enumerados dentro de los anteriores; para estos últimos se indica cuántos de ellos han de ser satisfechos. Algunos de los CDI-10 no son definitivos, como se indica en los del F-90 (Trastornos hipercinéticos), hasta que se diseñen instrumentos como punto de corte para el hogar y el colegio

PALABRAS CLAVE

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Ejes. Criterios diagnósticos. Categorías diagnósticas. Secciones. Apartados.

ABSTRACT

The tenth review of the International Classification of Diseases (ICD-10) has been designed and developed to provide consolidation. The real objective is that there need not be further wide and regular reviews (previously one every ten years), and that this

revision should last up to the next milenium. Chapter V (F) - Mental and Behavioural Disorders - was rewritten four times before being finally published. Should more changes need to be made -because of their justification due to empirical progress- there will need only to be adjustment on the existing categories; or in addition of some new ones (that is the reason why some points have been left available for further documentation).

The basic version, distibuted for clinical use, is "Clinical descriptions and diagnosis guidelines". Some versions arise from this: a reduced edition for general use by health professionals. Another edition developed for use in investigation, "Diagnostical criteria of investigation" (ICD-10). It is a multiaxial system for the description of diseases and their diagnosis. And another version, still not distributed, to be used in child psychiatry. The ICD-10 version is the result of structuring the diagnostical criteria and clinical descriptions of the matrix version in Essential criteria marked with capital letters (A, B, C), and Optionals criteria enumerated (inside the Essential criterions). There are also indications on how many of these Optional criteria must be satisfied. As noted in F-90 (Hiperkinetical disorders), some of the ICD-10 are not completely defined, at least until instruments with cut-off points for home and school are designed.

KEY WORDS

Classification of mental and behavioural disorders. Axis. Diagnostical criteria. Diagnostical categories. Sections.

ANTECEDENTES

La CIE-5 (OMS 1939) contaba con una pequeña sección de enfermedades mentales en la que era posible hacer únicamente cuatro distinciones: 1) Deficiencia mental, 2) Esquizofrenia, 3) Manía y depresión, y 4) Otros trastornos. La 6ª y 7ª revisiones de 1949 y 1955 desarrollaron considerablemente el contenido de la Sección de Enfermedades Mentales, pero no consiguieron la amplia aceptación que se esperaba.

A finales de los años 50 comenzó un programa internacional para desarrollar sistemas de clasificación adecuados

al estado de los conocimientos y las necesidades científicas y administrativas. Su primer resultado fue la CIE-8 (OMS 1969) en la que figuraban trastornos infantiles específicos. Los trabajos de psicopatología infantil que han fructificado en la CIE-10 comenzaron incluso antes de estar terminada la 9ª revisión (OMS 1978). La OMS promovió una clasificación multiaxial para que superase las limitaciones del proceso diagnóstico en la infancia y la adolescencia. Concebida inicialmente como una clasificación triaxial, pasó luego a cuatro y finalmente a cinco ejes: Multiaxial Classification System of Clinical Origin - MAS - (Rutter, Shaffer y Shepherd 1975). La introducción del MAS supuso un importante avance, y la materialización de las necesidades clínicas de la Psiquiatría Infantil.

Estudios específicos sobre la CIE-9, fundamentalmente los de Gould y cols. (1988) y Renschmidt (1988), han puesto en evidencia la validez y fiabilidad de este sistema para diferenciar algunos de los principales síndromes clínicos de la paidopsiquiatría. Pero también han confirmado sus limitaciones: la baja confianza que ofrecen algunas subcategorías, la incierta justificación de los trastornos mixtos, y la insuficiencia de las descripciones tipo glosario para conceptualizar y definir categorías diagnósticas. A la vista de la CIE-10 queda claro que su desarrollo ha tenido en cuenta varias de las dificultades detectadas en su antecesora. El síndrome hiperkinético de la niñez (314 de la CIE-9) ha sido rediseñado a la luz de los acontecimientos actuales, persiguiendo la clara diferenciación entre los aspectos hiperactivos e hipotentos, frente a los impulsivo-disociales. Del mismo modo las perturbaciones de las emociones peculiares de la niñez y la adolescencia (313) han sufrido una transformación sustancial, abriendo dos categorías diferentes para los Trastornos emocionales (F93) y los Trastornos del comportamiento social (F94). Algunas formas especiales de trastornos mixtos (emociones-conducta, depresión-conducta, hipercinesia-conducta) han sido las únicas en resistir el criterio general en la CIE-10 de evitar las categorías combinadas. La existencia de poblaciones que encajan en estas definiciones, y la conveniencia de realizar evolutivos y terapéuticos en tales casos, son las justificaciones para su inclusión.

DIFERENCIAS ESTRUCTURALES

En contraste con el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, la Sección V

6

Tabla 1 Esquema comparativo de códigos y estructuras en CIE-9, CIE-10 y DSM-IIIr

	<i>CIE-9</i>	<i>CIE-10</i>	<i>DSM-III-R</i>
Código	Tres caracteres numéricos 290-319 para las <i>categorías</i> Un cuarto carácter (decimal) para los <i>trastornos</i>	Caracteres alfanuméricos. Dos para las Secciones o Grupos Principales o bloques (10 Secciones) F0-F9 Tres para los <i>apartados</i> o categorías F00-F99 Cuatro y cinco (hasta dos decimales) para los <i>trastornos</i> o categorías	Cinco caracteres numéricos, dos decimales
Estructura	000.0 Glosario del término diagnóstico	F00.00 Descripción clínica Pautas diagnósticas Diagnóstico diferencial Inclusiones Exclusiones	000.00 Descripción clínica Criterios diagnósticos
Infantil y Juvenil	Ocho categorías 44 trastornos (incluidos anorexia, sueño y psicalgia)	Tres secciones 20 categorías 68 trastornos (excluidos alimentación -F50-, sueño -F51-, desarrollo psicosexual -F64,2 - e identidad sexual -F66,0-	Doce categorías (incluyendo Trastornos de la identidad sexual y alimentación 44 Trastornos

de la CIE-10 es una parte de la amplia estructura que clasifica todas las enfermedades médicas y circunstancias que influyen en el estado de salud. Además está dirigida a diversos profesionales de la salud, no sólo mental, diferentes entre sí debido a circunstancias étnicas, culturales, lingüísticas, sociales y sanitarias. Está pues diseñada para cubrir necesidades psiquiátricas clínicas, de investigación y de atención primaria; el núcleo lo constituyen las descripciones clínicas y pautas para diagnóstico, derivándose de él las versiones citadas en la introducción. Además, la CIE-10 forma parte de una extensa familia de clasificaciones, con las que debe compatibilizarse: 1) Deficiencias, discapacidades y minusvalías. 2) Procedimientos en medicina, y 3) Motivos de contacto de enfermos con personal sanitario.

En referencia a los trastornos mentales en general, y a los infantojuveniles en particular, la CIE-10 es claramente más extensa que la CIE-9 y el DSM-IIIr (Tabla 1). De las cien categorías diagnósticas principales que puede distinguir, por ahora ha cubierto 78. La codificación por caracteres alfanuméricos es el primer cambio que llama la atención. Las categorías de dos caracteres también son llamadas Secciones (F0 a F9). El resto de categorías, de tres hasta cinco caracteres, reciben diversos nombres a lo largo del manual que quedan recogidos en la tabla 1.

Cada Sección puede contener hasta un máximo de 10 categorías de tres caracteres, también llamadas apartados. Los apartados y las categorías de cuatro y cinco caracteres están organizadas individualmente describiéndose los síntomas, especificando los cardinales y los asociados, y proporcionan elementos para un diagnóstico diferencial preciso. Tanto la descripción clínica como las pautas para el diagnóstico y las directrices del diagnóstico diferencial son deliberadamente amplias. Por ello vienen a constituir un verdadero minimanual nosológico, con síntomas y descripciones destilados de múltiples discusiones entre investigadores. En este aspecto cualitativo radica la diferencia, y el avance, respecto a la CIE-9 y el DSM-IIIr.

La superioridad cuantitativa de la CIE-10 en el apartado de opciones diagnósticas respecto a sus antecesores, queda también reflejada en la tabla 1.

COMENTARIOS SOBRE ALGUNOS TRASTORNOS

La CIE-10 de acuerdo a sus principios generales ha trasladado a secciones no infantojuveniles algunos trastornos que su antecesora y el DSM-IIIr mantenían en sus dominios. Tal es el caso de los trastornos de la alimen-

Tabla 2 Categorías diagnósticas y trastornos de los trastornos generalizados del desarrollo y las psicosis infantiles

CIE-9	CIE-10	DSM-III-R
Psicosis peculiares de la niñez 299_	Trastornos generalizados del desarrollo F84_	Trastornos generalizados del desarrollo 299_
299.0 Autismo infantil	F84.0 Autismo infantil	299.00 Trastorno autista
	F84.1 Autismo atípico	
	F84.2 Síndrome de Rett	
299.1 Psicosis desintegrativa	F84.3 Trastorno de desintegrativo de la infancia	
	F84.4 T. hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados	
	F84.5 Síndrome de Asperger	
299.8 Otras P.P. de la N.	F84.8 Otros T.G. del D.	299.8 T.G. del D. No especificado.
299.9 P.P. de la N. sin especificar	F84.9 T.G. del D. sin especificar	

tación (F50) y del sueño (F51). Lo mismo puede decirse de los Trastornos de la identidad sexual (F64) con una categoría Trastorno de identidad sexual en la Infancia (F64.2), que bien podía haberse incluido en el F94; y el Retraso mental (F7), el cual queda como una sección o categoría principal independiente de los Trastornos del desarrollo y de otras connotaciones infantiles.

El *Retraso mental* parece estar considerado como una categoría en régimen transitorio. El manual reconoce su afán de brevedad y concisión a la espera de un sistema de clasificación multiaxial que recoja aspectos somáticos y mentales que influyen en su aparición y curso, así como de gran variabilidad de adaptación que presentan los individuos, con independencia de la intensidad de su retraso. En todos los grados se cuenta con la opción de un dígito adicional para el deterioro del comportamiento: 0, 1, 8 o 9, después del diagnóstico de cuantificación: F7x_-. Aparte de poder utilizarse diagnósticos adicionales del capítulo V (F), queda explícita la recomendación de asociar siempre el diagnóstico etiológico mediante el código Infeccioso (A), Endocrino-Metabólico (E), del Sistema nervioso (G), de Malformaciones y anomalías cromosómicas (Q), u otros que reflejen la causa orgánica.

Los *Trastornos generalizados, ¿o profundos?, del desarrollo* (F84) constituyen una Sección estructurada en ocho categorías de tres dígitos para precisar las discordancias diagnósticas entre trastornos que hasta ahora no habían sido tan diferenciados (Tabla 2). Su ampliación ofrece perspectivas discriminatorias superiores a la CIE-9 y al DSM-IIIr; frente a la contrapartida de incluir entidades de validez nosológica eventual. Tal es el caso del F-84.4 e incluso del F84.1. Sobre el primero Teixidó (1992) ha comentado las utilidades e incertidumbres de su incorporación. En esta Sección se han

atendido los fines investigadores, estableciendo diferencias encaminadas a permitir el estudio de diversos síndromes cuya entidad aún está fundamentada desigualmente. El perfil homogéneo de esta Sección lo constituye la expresión de profundas alteraciones evolutivas en la interacción social y la comunicación.

Existe una objeción semántica. El participio "generalizados" carece de la precisión descriptiva que exigen las antiguas psicosis infantiles. El problema queda restringido a la versión castellana, pues el término "pervasive" sí resulta adecuado (ver nota a pie de página). Los Trastornos generalizados (F84) no afectan de forma general al desarrollo de las personas que los padecen, sino a algunos aspectos, los más humanos, de su desarrollo psicosocial. Perturban tales funciones tiñéndolas de rasgos peculiares y limitaciones muy específicas. Por ello "generalizadas" resulta equívoco y nada descriptivo. La carencia es atribuible a los creadores de la versión castellana, que en este caso concreto no es versión sino desafortunada traducción. Desde que el DSM-IIIr distingue entre Trastornos del desarrollo específicos y generalizados (pervasive) hemos perdido, en la traducción, esa precisión que mantiene la versión original. Otros conceptos se acercan más a "pervasive" que "generalizados"; podrían ser profundos, perturbadores, disturbadores, contaminantes o invasores. No desintegran el desarrollo, excepto en el F84.3, pero tampoco son generalizados.

Confiando en el progreso de las neurociencias y en los estudios sobre casos similares en diferentes países se ofrece una afinada clasificación de los Trastornos profundos del desarrollo. Por ejemplo, el Autismo atípico (F84.1) no sólo es diferenciado de otros T.P. del D., sino que constituye un diagnóstico sombrilla dentro del que se

- 8 diferencian varias formas: F84.10. - Atipicidad en la edad de comienzo, F84.11.- Atipicidad sintomática (cuando no se satisfacen completamente los criterios B, CyD), F84.12.- Atipicidad tanto en la edad de comienzo como sintomática.

La duda de que algunos de los trastornos de esta categoría constituyeran una verdadera entidad diagnóstica, fue la que llevó al DSM-IIIr a incluirlos a todos, menos al autismo clásico, en una heterogénea entidad (otros trastornos profundos del desarrollo no especificados). Los redactores de la CIE-10 apuestan por el riesgo de eliminar algunos en los próximos años, con tal de progresar en el conocimiento de síndromes inciertos -en sí mismos, en su delimitación actual, en su etiología, o en sus fundamentos biológicos-, ofreciéndonos la posibilidad de realizar estudios de casos bien delimitados para comprobar su validez. La resistencia de algunos de estos síndromes a la extinción, como el de Asperger (Mendiguchia) es una garantía de su vitalidad.

Los Criterios Diagnósticos del Trastorno Autista coinciden ampliamente con los del DSM-IIIr. Éste no recoge específicamente la "Falta de alegría compartida", ni el "Retraso o ausencia del lenguaje sin intentos de compensación mímica o motórica"; en el resto de criterios la diferencia sólo estriba en el orden en que quedan recogidos, y el apartado que ocupan de los tres de ambas clasificaciones: A) Interacción social recíproca, B) Comunicación, C) Restricciones y estereotipias del comportamiento. La diferencia fundamental, que coloca a algunos T. Autistas (299.0) del DSM-IIIr en el Autismo atípico (F84.1) es la edad de comienzo. CIE-10 exige una edad de comienzo anterior a los tres años, hecho que el DSM-IIIr no exige, sino que permite sea especificado. El significado de "la edad de comienzo" es, también, diferente en una y otra clasificación. DSM-IIIr recoge la edad de comienzo basada fundamentalmente en las primeras observaciones de los padres; esto tiende a dar una edad de inicio más tardía (Volkamer y cols. 1985). La CIE-10 dedica su primer criterio imprescindible a ello: el clínico deberá juzgar, a partir de la información sobre el desarrollo de los tres primeros años, en qué momento se detectan las primeras perturbaciones del desarrollo en 1) lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social, 2) desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca, y 3) juego y manejo de símbolos del mismo.

El ejemplo dado por la CIE-10 identificando formalmente varios trastornos antes excluidos, parece que

está siendo seguido por el DSM-IV; su Grupo de Trabajo de Psiquiatría Infantil está proponiendo la inclusión del síndrome de Rett, el de Asperger y la Psicosis desintegrativa.

El grupo principal, o sección F90-F98 que incluye los *Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la adolescencia*, consta de siete apartados (F90 a F95 y F98) que ofrecen entre todos 38 categorías diagnósticas. La CIE-9 contaba sólo con cuatro apartados y 24 categorías diagnósticas. Entre ellas estaban tres incluidas ahora en otras secciones de la CIE-10: Anorexia nerviosa que ha pasado al F50, Trastornos del sueño al F51 y Psicalgia al F45.5.

La categoría principal o apartado F90 que incluye los *Trastornos hipercinéticos*, se han construido a partir de las evidencias empíricas que han confirmado a la hiperactividad como un núcleo sindrómico independiente (Trites y Laprade 1983). De acuerdo con el DSM-IIIr la hipoatención, por su heterogeneidad y su dificultad de medida, no ocupa el vértice discriminativo de esta categoría. Los dos rasgos cardinales del Trastorno hipercinético son la hiperactividad y la hipoatención. Estos constituyen el Trastorno de la actividad y la atención (F90.0). Su valoración debe ser muy cuidadosa, teniendo en cuenta las situaciones en que aparece, la intensidad de los síntomas y su persistencia en el tiempo desde una edad temprana. El segundo tipo de Trastorno hipercinético, el F90.1, recoge aquellos casos que, además de la hiperactividad y la hipoatención, presentan rasgos claros de impulsividad. El significado atribuido a esta palabra es de ruptura de normas de convivencia, y para ello requiere que se cumplan los criterios del Trastorno disocial (F91). A pesar de ser una de las pocas categorías que exige criterios de dos trastornos, su mantenimiento en la CIE-10 está basado en hechos empíricos: 1) La frecuente comorbilidad Trastorno hipercinético + Trastorno de conducta, 2) Las diferencias en la evolución durante la adolescencia de estos niños, según muestren o no un grado importante de impulsividad disocial. En esta separación/división, y en la separación de los criterios diagnósticos de cada uno de los tres conceptos (hiperactividad, hipoatención, impulsividad), radican las diferencias con el DSM-IIIr. Tales diferencias suponen una ventaja discriminativa a favor de la CIE-10 (Mojarro y Benjumea 1992). Los criterios diagnósticos del DSM-IIIr, 14 de los que hay que cumplir al menos ocho, no están separados según los tres conceptos; por ello las personas diagnosticadas, lo pueden ser por Impulsividad

+ Hipoatención, Impulsividad + Hipercesnia o Hipercesnia + Hipoatención. Por el contrario, la CIE-10 separa directrices para Hipercesnia e Hipoatención; incluso los CDI-10 ofrecen y exigen distintos criterios para estos conceptos en el hogar y en el colegio.

La CIE-10 recoge del DSM-IIIr el *Trastorno disocial desafiante y oposicionista*, que no estaba en la CIE-9. Se restringe su uso para los no-adolescentes y se hace hincapié en su potencial predictivo de posteriores trastornos claramente disociales. Los criterios básicos son: 1) mentira persistente e importante, 2) desafíos e intimidaciones a iguales, y 3) negativismo y desafío a las normas de adultos. Será importante investigar si las diferencias culturales entre unos y otros países pueden influir desfavorablemente en la precisión diagnóstica de este trastorno (F91.3)

La categoría F92 es otra de las escasas formas mixtas supervivientes de la CIE-9 (312.3) que no el DSM-III. Su mantenimiento se basa en estudios sugerentes de que casos de jóvenes que cumplen criterios del Trastorno de comportamiento disocial (F91), tienen sus episodios agresivos y antisociales relacionados con Trastornos depresivos (Puig-Antich 1982). Este mantenimiento ofrece perspectivas terapéuticas esperanzadoras en algunos casos disociales, y hace posible la clasificación de los que cumplen criterios disociales y depresivos sin exigir jerarquías diagnósticas difíciles de establecer.

Los *Trastornos de Adaptación* (F43.2) se dividen en siete subcategorías según un segundo dígito decimal. Son las mismas que las de la CIE-9, a las que se ha añadido la Reacción mixta de Ansiedad y Depresión (F43.22). Las descripciones y pautas son amplias y concretas respecto a la relación acontecimiento/trastorno. Pero la falta de un eje que incluya factores de estrés no permite su especificación ni cuantificación. Estos aspectos son importantes en la práctica clínica y necesarios en la investigación. Los redactores comentan la posibilidad de especificar los factores mediante el capítulo XXI de la propia CIE-10. En la práctica e investigación infanto-juvenil tal especificación puede utilizar las categorías Z61, 62 y 63 que recogen 26 categorías para aspectos estresantes de la crianza y el grupo familiar.

CONSIDERACIONES FINALES

La utilidad clínica de CIE-10 se resiente por la carencia de dos códigos para condiciones especiales que son

relativamente frecuentes en la clínica, y que pueden llegar a considerarse como marcadores de calidad en la evaluación de los servicios: diagnóstico aplazado y ausencia de diagnóstico o de estados codificables en la Sección F. Mientras que el Diagnóstico aplazado es una situación transitoria, que podría clasificarse en F99 (Trastorno mental sin especificar), la ausencia de diagnóstico es una circunstancia que puede presentarse en los servicios de Salud Mental, y de forma más notable en la atención infantojuvenil; pues la iniciativa suele corresponder a los padres o profesores, que no están obligados al acierto en su valoración. Los jóvenes y adolescentes carentes de alteraciones, cuantitativas o cualitativas, incluíbles en el capítulo F, podrían quedar incluidos en el Z, categoría Z03.2 (Observación por sospecha de trastorno mental o de la conducta).

Es de esperar que la edición para uso infantil de la CIE-10 esté realizada desde una perspectiva evolutiva, ya que la versión general resulta en exceso modesta al respecto. No hay diferencias entre formas descriptivas de trastornos propios de la infancia o la adolescencia y los de la edad adulta; ni unos ni otros ofrecen descripciones de la evolución del trastorno con el paso de los años, o de las formas características peculiares de algunos trastornos cuando aparecen en niños o adolescentes.

La última década ha sido prolífica en intereses y hallazgos empíricos sobre la ansiedad y la depresión en la infancia y la adolescencia, pero la CIE-10 presta escasa atención a las características clínicas peculiares que encontramos en las depresiones dependiendo de la edad. Del mismo modo los Trastornos de Ansiedad (F40 y 41), disponiendo de una amplia descripción clínica, aparecen desprovistos de comentarios o indicaciones que abarquen los aspectos evolutivos de la ansiedad, o apunten diferencias con las ansiedades peculiares de edades inferiores. En el apartado F93 (Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia) sí encontramos comentarios evolutivos y distinciones entre estas categorías y las ansiedades normales en la infancia. Por el contrario, en los Trastornos de Personalidad (F60) la perspectiva evolutiva solo queda apuntada al principio: "algunas de estas alteraciones comienzan en estados precoces del desarrollo del individuo"(...) "aparecen en la infancia y adolescencia persistiendo en la madurez". Rápidamente languidecen las referencias hasta desaparecer en las pautas diagnósticas, sin tener en cuenta que se trata de un trastorno con aplicación creciente en la clínica de la adolescencia. Tampoco hay en esta sección referencias al temperamento en la infancia.

10 Aunque desde el campo infantojuvenil se puede criticar la cicatería con que se han tratado los aspectos evolutivos, resulta evidente que nunca hasta ahora hemos contado con indicaciones tan completas, y difundidas, de cómo perfilar y orientar nuestras observaciones; y es en la capacidad de observar dónde hunde sus raíces el progreso. Probablemente antes del próxi-

mo milenio ya se estarán discutiendo los aciertos, omisiones y yerros de las categorías seleccionadas. De lo que no parece haber duda es de que la CIE-10 cumple con dos objetivos taxonómicos fundamentales: facilitar la comunicación entre profesionales de diversas tendencias y proporcionar información muy específica sobre alteraciones determinadas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Gould MS, Shaffer D, Rutter M. UK/WHO Study of ICD-9. En: Rutter, Tuma, Lann, eds. *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Guilford Press 1988:37-65.
- 2 Mojarro Práxedes MD, Benjumea Pino P. *Diferenciación diagnóstica mediante criterios DSM-III y CIE-10 en Trastorno Atencional Hiperactivo*. En: XVI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Arán, Madrid, 1992:306-318.
- 3 OMS (WHO). *Manual of the International List of Causes of Death (5th Revision)*. Ginebra, 1939.
- 4 OMS (WHO). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases (6th Revision)*. Ginebra, 1948.
- 5 OMS (WHO). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases (7th Revision)*. Ginebra, 1955.
- 6 OMS (WHO). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases (8th Revision)*. Ginebra, 1969.
- 7 OMS. *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, (9ª Revisión)*. Organización Panamericana de la Salud, 1978.
- 8 Puig-Antich J. Major Depression and conduct disorder in prepuberty. *J Am Acad Child Psychiat* 1982;21:118-128.
- 9 Reschmidt H. German Study of ICD-9. En: Rutter, Tuma, Lann, eds. *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Guilford Press 1988:66-83.
- 10 Rutter M, Shaffer M, Shepherd. *Multiaxial Classification System of Clinical Origin*, 1975.
- 11 Teixidó Masip I. Trastorno hiperactivo asociado a retraso mental y movimientos estereotipados. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1992;3-92:148-151.
- 12 Trites, Laprade K. Evidence for an independent syndrome of hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1983;24:573-354.
- 13 Volkmar FR, Stier DM, Cohen DJ. Age of recognition of pervasive developmental disorder. *Amer J Psych* 1985;142:1450-1452.