

DSM-IV-TR<sup>®</sup>

BREVIARIO

Criterios  
diagnósticos

 MASSON

Cursos<sup>®</sup>

**DSM-IV-TR**

BREVIARIO

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

**BIBLIOTECA DEL DSM-IV-TR®**

---

- DSM-IV-TR®**. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado  
**DSM-IV-TR®**. Breviario: Criterios diagnósticos ( encuadernación en rústica)  
**DSM-IV-TR®**. Breviario: Criterios diagnósticos ( encuadernación en espiral)  
**DSM-IV-TR®**. Guía de estudio (Fauman)  
**DSM-IV-TR®**. Libro de casos (Spitzer)  
**DSM-IV-TR®**. Manual de diagnóstico diferencial (First)  
**DSM-IV-TR®**. La entrevista clínica. Tomo I: Fundamentos (Othmer)  
**DSM-IV-TR®**. La entrevista clínica. Tomo II: El paciente difícil (Othmer)  
**DSM-IV-TR®**. Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial (Frances-Ross)  
**DSM-IV®**. Atención primaria (DSM-IV®-AP)  
**DSM-IV®**. Guía de uso (Frances)  
**DSM-IV®**. Tratado de psiquiatría (3.ª ed.) (Hales) (2 tomos)  
**DSM-IV®**. Sinopsis de psiquiatría clínica (Hales) (basado en DSM-IV)  
**DSM-IV®**. Preguntas y respuestas de Sinopsis de psiquiatría clínica (Hilty)  
(basado en DSM-IV)

# DSM-IV-TR

BREVIARIO

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Director de la edición española

**Juan J. López-Ibor Aliño**

Catedrático de Psiquiatría,  
Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría,  
Universidad Complutense de Madrid  
Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Co-Director de la edición española

**Manuel Valdés Miyar**

Profesor Titular de Psiquiatría,  
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica,  
Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona;  
Jefe del Servicio de Psiquiatría  
y Director del Institut Clínic de Psiquiatría i Psicologia,  
Hospital Clínic Universitario de Barcelona

**MASSON**

Barcelona - Madrid - Paris - Milano - Asunción - Bogotá - Buenos Aires - Caracas  
Lima - Lisboa - México - Montevideo - Panamá - Quito - Rio de Janeiro  
San José de Costa Rica - San Juan de Puerto Rico  
Santiago de Chile

*Traductores de la edición española*

**Tomàs de Flores i Formenti**  
Profesor Titular de Psiquiatría,  
Departamento de Psiquiatría  
y Psicobiología Clínica,  
Facultad de Medicina,  
Universidad de Barcelona

**José Toro Trallero**  
Profesor Titular de Psiquiatría,  
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica,  
Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona;  
Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantojuvenil,  
Institut Clínic de Psiquiatría i Psicologia,  
Hospital Clínic Universitario de Barcelona

**Joan Masana Ronquillo**  
Psiquiatra,  
Ex Profesor Asociado de Psiquiatría,  
Departamento de Psiquiatría  
y Psicobiología Clínica,  
Facultad de Medicina,  
Universidad de Barcelona

**Josep Treserra Torres**  
Psiquiatra,  
Servicio de Psiquiatría y Psicología,  
Hospital General de Catalunya

**Claudi Udina Abelló**  
Profesor Asociado,  
Departamento de Farmacología y Psiquiatría,  
Universidad Autónoma de Barcelona;  
Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología,  
Hospital General de Catalunya

**Èric Masana Montejo**  
Médico farmacólogo

MASSON, S.A.

Avda. Diagonal, 427 bis-429 - 08036 Barcelona - Teléfono: (34) 93 241 88 00

MASSON, S.A.

120, Bd. Saint-Germain - 75280 Paris Cedex 06

MASSON S.P.A.

Via Elli Bressan, 2 - 20126 Milano

Primera edición 2002  
Reimpresión 2002

Reservados todos los derechos. No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento, sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del editor.

© 2002 MASSON, S.A. Avda. Diagonal, 427 bis-429 - Barcelona (España)

ISBN 84-458-1103-7 Versión española (encuadernación en rústica)

Versión española de la cuarta edición revisada de la obra original en lengua inglesa

*Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*, publicada por la American Psychiatric Association, Washington

Primera publicación en Estados Unidos por la American Psychiatric Association, Washington, D.C., y London, Inglaterra

Copyright 2000. Reservados todos los derechos

First published in the United States by American Psychiatric Association, Washington, D.C., and London, England

Copyright 2000. All rights reserved  
ISBN 0-89042-026-2 Edición original

Depósito Legal: B. 13.153 - 2002

Composición y compaginación: A. Parras - Avda. Meridiana, 93-95 - Barcelona (2002)

Impresión: Domingraf, S.L. - Pol. Ind. Can Magarola - Mollet del Vallés (Barcelona) (2002)

Printed in Spain



*A Melvin Sabshin,  
un hombre para la eternidad*

SRM Cursos®

## ÍNDICE

Introducción.....	IX
Advertencia.....	XI
Uso del manual.....	
Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10.....	9
Evaluación multiaxial.....	33
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia .....	45
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.....	75
Trastornos mentales debidos a enfermedad médica.....	91
Trastornos relacionados con sustancias .....	97
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos .....	143
Trastornos del estado de ánimo.....	157
Trastornos de ansiedad .....	197
Trastornos somatomorfos.....	217
Trastornos facticios .....	225
Trastornos disociativos.....	227
Trastornos sexuales y de la identidad sexual.....	231
Trastornos de la conducta alimentaria.....	249
Trastornos del sueño .....	253
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.....	267
Trastornos adaptativos .....	271

VII

## VIII Índice

Trastornos de la personalidad.....	275
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica .....	287
Códigos adicionales.....	301
Lista de los Apéndices del DSM-IV-TR .....	303
Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-9-MC .....	305
Índice alfabético de materias .....	327

## INTRODUCCIÓN

Uno de los rasgos más importantes del DSM-IV es proporcionar criterios que sirvan para mejorar la fiabilidad de los diagnósticos. Para una consulta rápida, el clínico agradecerá disponer de un manual que sea a la vez manejable y de reducido tamaño y que contenga la clasificación (es decir, la lista de trastornos, los subtipos, los especificadores y los códigos diagnósticos), los apartados que describen la utilización del manual, la valoración multiaxial y los distintos cuadros de criterios diagnósticos. Este Breviario ha sido pensado para usarse junto con el DSM-IV; su adecuada utilización requiere haberse familiarizado con las descripciones de cada trastorno que acompañan a los diferentes criterios diagnósticos. Cabe señalar que en el año 2000 se publicó una revisión del texto del DSM-IV, con el nombre de DSM-IV-TR, para diferenciarla de la versión original aparecida en 1994. Los cambios efectuados en los códigos diagnósticos relacionados con la actualización del sistema de codificación CIE-9-MC, así como las correcciones en algunos criterios diagnósticos y en las categorías no especificadas, han hecho necesaria esta revisión del Breviario.

MICHAEL B. FIRST, M.D.  
*Copresidente, Grupo de Trabajo  
para la Revisión del Texto del DSM-IV  
Director, Revisión del Texto y  
Criterios del DSM-IV*

ALLEN FRANCES, M.D.  
*Presidente, Comité Elaborador  
del DSM-IV*

HAROLD ALAN PINCUS, M.D.  
*Copresidente, Grupo de Trabajo  
para la Revisión del Texto del DSM-IV  
Vicepresidente, Comité Elaborador  
del DSM-IV*

THOMAS A. WIDIGER, Ph.D.  
*Coordinador de Investigación*

## ADVERTENCIA

Los criterios diagnósticos específicos de cada trastorno mental son directrices para establecer el diagnóstico, puesto que se ha comprobado que su uso aumenta el entendimiento entre clínicos e investigadores. La correcta aplicación de estos criterios requiere un entrenamiento especial que proporcione conocimientos y habilidades clínicas.

Estos criterios diagnósticos y la clasificación de los trastornos mentales reflejan un consenso a partir de los conocimientos actuales en este campo, pero no incluyen todas las situaciones que pueden ser objeto de tratamiento o de investigación.

El propósito del DSM-IV es proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La inclusión de categorías diagnósticas como la ludopatía o la pedofilia responde a objetivos clínicos y de investigación, y su formulación no implica que cumplan los criterios legales o no médicos ajenos a lo que constituye incapacidad, trastorno o enfermedad mental. Las consideraciones clínicas y científicas usadas para categorizar estas alteraciones como trastornos mentales pueden ser irrelevantes a la hora de pronunciarse sobre temas legales, como responsabilidad individual, intencionalidad o competencia.

## USO DEL MANUAL

Nota: Remitimos al lector al apartado «Uso del manual» en el DSM-IV-TR (pág. 1) para una exposición más completa.

### CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO

En la versión española del manual, la mayoría de los trastornos DSM-IV poseen dos códigos. Esto se debe a que en Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), mientras que en Estados Unidos el sistema de codificación oficial es el de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica (CIE-9-MC). Estos dos códigos aparecen en distintas situaciones. En el sistema de codificación de la CIE-10: 1) precediendo al nombre del trastorno en la clasificación (págs. 9-32); 2) al principio del apartado correspondiente a cada trastorno, y 3) acompañando al conjunto de criterios propio de cada trastorno. En el sistema de codificación de la CIE-9-MC: 1) precediendo al nombre del trastorno (págs. 305-326); 2) entre corchetes, detrás del nombre del trastorno que se encuentra al principio del apartado correspondiente, y 3) acompañando al conjunto de criterios propios de cada trastorno y situándolos detrás de cada uno de ellos y entre corchetes. En algunos diagnósticos (p. ej., retraso mental, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancia), el código adecuado depende de especificaciones posteriores y aparece tras el texto y el conjunto de criterios propios del trastorno en cuestión. Los nombres de algunos

## 2 Uso del manual

trastornos van seguidos de términos alternativos situados entre paréntesis, que, en la mayor parte de los casos, eran las denominaciones de tales trastornos según aparecían en el DSM-III-R.

En esta versión revisada (DSM-IV-TR) se han incluido trastornos y especificaciones que están pendientes de codificación en la CIE-10. En estos casos, en la edición española se ha respetado la versión original inglesa incluyendo sólo la clasificación CIE-9-MC entre corchetes.

Los subtipos (alguno de los cuales se codifica mediante el quinto carácter) y las especificaciones pretenden incrementar la especificidad. Dentro de un diagnóstico, los *subtipos* definen subgrupos fenomenológicos mutuamente excluyentes y se indican en el conjunto de criterios mediante las palabras «especificar el tipo». Por ejemplo, el trastorno delirante incluye distintos tipos de acuerdo con el contenido de los delirios. Concretamente los tipos son siete: erotomaniaco, de grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático, mixto y no especificado. Por el contrario, las *especificaciones* no pretenden ser mutuamente excluyentes y están indicadas en el conjunto de criterios para las palabras «especificar si» (p. ej., en la fobia social, las intrucciones señalan «especificar si: generalizada»). Las especificaciones permiten definir subgrupos más homogéneos de individuos afectados por un trastorno y que comparten ciertas características (p. ej., trastorno depresivo mayor con síntomas melancólicos). Aunque a veces se asigna un cuarto o quinto carácter para codificar un subtipo o una especificación (p. ej., Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con trastorno de comportamiento [294.11]) o la gravedad (F32.0 Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve [296.21]), la mayoría de los subtipos y las especificaciones incluidos en el DSM-IV no han podido ser codificados según el sistema CIE-9-MC y sólo se han indicado mediante la inclusión del subtipo o la especificación tras el nombre del trastorno (p. ej., fobia social, generalizada). El sistema CIE-10 permite codificar una gran parte de subtipos y especificaciones.

### ESPECIFICACIONES DE LA GRAVEDAD Y EL CURSO

Habitualmente, el diagnóstico DSM-IV se aplica a las manifestaciones actuales del sujeto y no acostumbra utilizarse para denotar diagnós-



tics anteriores de los que el individuo ya está recuperado. Una vez establecido el diagnóstico, pueden aplicarse las siguientes especificaciones indicadoras de gravedad y curso evolutivo: leve, moderado, grave, en remisión parcial, en remisión total e historia anterior.

Las especificaciones leve, moderado y grave sólo deben utilizarse cuando el trastorno cumpla en el momento presente todos los criterios. Al decidir si la presentación del trastorno ha de describirse como leve, moderada o grave, el clínico debe tener en cuenta el número e intensidad de los signos y síntomas del trastorno en cuestión, así como cualquier irregularidad en la actividad laboral o social. En la mayor parte de los trastornos hay que utilizar las siguientes directrices:

**Leve.** Son pocos, o ninguno, los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral.

**Moderado.** Existen síntomas o deterioro funcional situados entre «leve» y «grave».

**Grave.** Se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral.

**En remisión parcial.** Con anterioridad se cumplían todos los criterios del trastorno, pero en la actualidad sólo permanecen algunos de sus síntomas o signos.

**En remisión total.** Ya no existe ningún síntoma o signo del trastorno, pero todavía es relevante desde un punto de vista clínico tener en cuenta dicho trastorno, por ejemplo, en un individuo con episodios anteriores de trastorno bipolar que ha permanecido sin síntomas durante los últimos 3 años, bajo tratamiento con litio. Tras un período de tiempo en completa remisión, el clínico puede considerar que el sujeto está recuperado y, en consecuencia, no codificar el trastorno como un diagnóstico actual. La diferenciación de en remisión total requiere la consideración de distintos factores, incluyendo el curso característico del trastorno, el lapso de tiempo transcurrido desde el último período patológico, la duración total

#### 4 Uso del manual

del trastorno y la necesidad de evaluación persistente o de tratamiento profiláctico.

**Historia anterior.** En determinados casos puede ser útil reconstruir la historia de los criterios cumplidos por el trastorno, aun cuando el individuo esté recuperado en la actualidad. Estos diagnósticos anteriores de un trastorno mental deben indicarse utilizando la especificación historia anterior (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, historia anterior, aplicable a un individuo con una historia de trastorno de ansiedad por separación, que en la actualidad no sufre trastorno alguno o que ahora satisface criterios de crisis de angustia).

Son varios los trastornos que cuentan con criterios específicos para definirlos como leves, moderados y graves: retraso mental, trastorno disocial, episodio maníaco y episodio depresivo mayor. Otros cuentan con criterios específicos para definirlos en remisión parcial y en remisión total: episodio maníaco, episodio depresivo mayor y dependencia de sustancias.

#### RECIDIVA

En la práctica clínica, es frecuente que los sujetos, tras un período de tiempo en que ya no se cumplen todos los criterios del trastorno (p. ej., en remisiones o recuperaciones parciales o totales), desarrollen ciertos síntomas que sugieren la recidiva de su trastorno original, pero que sin embargo no cumplen las exigencias diagnósticas especificadas en la tabla de criterios. La mejor forma de indicar la presencia de estos síntomas es una cuestión de juicio clínico. Existen las siguientes opciones:

- Si se cree que los síntomas constituyen un nuevo episodio de un trastorno recurrente, dicho trastorno puede diagnosticarse como actual (o provisional) aun antes de haber cumplido todos los criterios (p. ej., tras cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor durante sólo 10 días en lugar de los 14 días usualmente requeridos).

- Si se considera que los síntomas son clínicamente significativos pero no está claro que constituyan una recidiva del trastorno original, puede usarse la categoría no especificado.
- Si se opina que los síntomas no son clínicamente significativos, no hay que añadir ningún diagnóstico actual o provisional, pero puede anotarse «historia anterior» (v. anteriormente).

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL/MOTIVO DE LA CONSULTA

Cuando en una hospitalización se establece más de un diagnóstico a un individuo, el *diagnóstico principal* corresponderá a aquel trastorno que, tras estudiar el caso, se considere responsable principal del ingreso. En la asistencia ambulatoria, cuando a un sujeto se le aplica más de un diagnóstico, el *motivo de la consulta* es el trastorno que justifica en primer lugar la asistencia médica ambulatoria recibida durante la visita. En la mayor parte de los casos el diagnóstico principal o el motivo de la consulta también constituyen el principal objeto de atención o tratamiento. Con frecuencia es difícil (y algo arbitrario) determinar qué diagnóstico es el principal o el motivo de la consulta, especialmente en situaciones de «doble diagnóstico» (un diagnóstico relacionado con sustancias, como dependencia de anfetaminas, acompañado por otro diagnóstico no relacionado con sustancias, como esquizofrenia). Por ejemplo, puede no quedar claro qué diagnóstico debe considerarse «principal» en el caso de una persona hospitalizada por esquizofrenia e intoxicación por anfetaminas, puesto que cada uno de estos trastornos podría haber contribuido igualmente a la necesidad de ingreso y tratamiento.

Los diagnósticos múltiples pueden formularse en forma multiaxial (v. pág. 33) o no axial (v. pág. 43). Cuando el diagnóstico principal corresponde a un trastorno del Eje I, esto se indica situándolo en primer lugar. Los restantes trastornos se ordenan según el objetivo asistencial y terapéutico. Cuando una persona cuenta con diagnósticos tanto del Eje I como del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de la visita radicará en el Eje I a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la expresión «(diagnóstico principal)» o «(motivo de la consulta)».

### DIAGNÓSTICO PROVISIONAL

Cuando existe una clara presunción de que todos los criterios para un trastorno se cumplirán en última instancia, pero no se dispone de suficiente información para formular un diagnóstico firme, en tal caso puede utilizarse la especificación provisional. El clínico puede indicar la incertidumbre diagnóstica anotando «(provisional)» después del diagnóstico. Por ejemplo, el sujeto parece sufrir un trastorno depresivo mayor, pero no es posible obtener una historia adecuada que permita establecer que se cumplen todos los criterios. El término *provisional* también se utiliza en aquellas situaciones en las que el diagnóstico diferencial depende exclusivamente de la duración de la enfermedad. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme requiere una duración inferior a 6 meses y sólo puede formularse provisionalmente si se asigna antes de haber sobrevenido la remisión.

### UTILIZACIÓN DE CATEGORÍAS NO ESPECIFICADAS

Dada la diversidad de las presentaciones clínicas, es imposible que la nomenclatura diagnóstica abarque cualquier situación posible. Por este motivo, cada clase de diagnóstico cuenta por lo menos con una categoría no especificada y algunas clases en particular incluyen varias categorías no especificadas. Son cuatro las situaciones en que puede estar indicado formular un diagnóstico no especificado:

- La presentación del cuadro coincide con las directrices generales específicas de un trastorno mental en la clase diagnóstica correspondiente, pero la *sintomatología* no cumple los criterios de alguno de los trastornos específicos. Esto sucede cuando los síntomas se sitúan por debajo del umbral diagnóstico propio de uno de los trastornos específicos o cuando se produce una presentación atípica o mixta.
- La presentación del cuadro constituye un patrón sintomático que no ha sido incluido en la Clasificación DSM-IV, pero da lugar a deterioro o malestar clínicamente significativos. Los criterios de

investigación para alguno de estos patrones sintomáticos han sido incluidos en el apéndice B («Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores») del DSM-IV-TR.

- La etiología es incierta (p. ej., si el trastorno se debe a una enfermedad médica, está inducido por una sustancia, o es primario).
- No hay oportunidad para una recogida completa de datos (p. ej., en situaciones de urgencia) o la información es incoherente o contradictoria, pero existe suficiente información para incluirla dentro de una clase diagnóstica concreta (p. ej., el clínico determina que el sujeto tiene síntomas psicóticos, pero carece de información suficiente para diagnosticar un trastorno psicótico específico).

## CLASIFICACIÓN DSM-IV-TR CON CÓDIGOS CIE-10

Quando aparece una *x* en un código diagnóstico significa que se requiere un número específico de código.

Se indican con guiones (—) los trastornos y especificaciones pendientes de codificación.

En los nombres de algunos trastornos se añaden paréntesis (...) para indicar que hay que incluir el nombre del trastorno mental específico o de la enfermedad médica (p. ej., F05.0 Delirium debido a hipotiroidismo).

Los números entre paréntesis indican el número de página.

Si se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores de gravedad a continuación del diagnóstico:

Leve  
Moderado  
Grave

Si no se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores:

En remisión parcial  
En remisión total  
Historia anterior

### Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (45)

#### RETRASO MENTAL (45)

*Nota:* Se codifican en el Eje II.

- F70.9 Retraso mental leve (46)
- F71.9 Retraso mental moderado (46)
- F72.9 Retraso mental grave (46)
- F73.9 Retraso mental profundo (46)
- F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada (46)

#### TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE (46)

- F81.0 Trastorno de la lectura (46)
- F81.2 Trastorno del cálculo (47)
- F81.8 Trastorno de la expresión escrita (47)
- F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado (48)

#### TRASTORNO DE LAS HABILIDADES MOTORAS (48)

- F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación (48)

#### TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN (49)

- F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo (49)
- F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (50)
- F80.0 Trastorno fonológico (51)
- F98.5 Tartamudeo (52)
- F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado (52)

#### TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (53)

- F84.0 Trastorno autista (53)
- F84.2 Trastorno de Rett (54)
- F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (55)
- F84.5 Trastorno de Asperger (56)
- F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (57)

**TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR (58)**

- .- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (58)
- F90.0 Tipo combinado
- F98.8 Tipo con predominio del déficit de atención
- F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
- F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (60)
- F91.8 Trastorno disocial (61)
  - Tipo de inicio infantil
  - .- Tipo de inicio adolescente
  - Inicio no especificado
- F91.3 Trastorno negativista desafiante (63)
- F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado (64)

**TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ (64)**

- F98.3 Pica (64)
- F98.2 Trastorno de rumiación (65)
- F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (65)

**TRASTORNOS DE TICS (66)**

- F95.2 Trastorno de la Tourette (66)
- F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos (67)
- F95.0 Trastorno de tics transitorios (67)
  - Especificar si: Episodio único/recidivante
- F95.9 Trastorno de tics no especificado (68)

**TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN (68)**

- Encopresis (68)
- R15 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (codificar también K59.0 Estreñimiento en el Eje III)
- F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
- F98.0 Enuresis (no debida a enfermedad médica) (69)
  - Especificar tipo: Sólo nocturna/sólo diurna/nocturna y diurna

**12 Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10**

**OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA (70)**

- F93.0 Trastorno de ansiedad por separación (70)
  - Especificar si: De inicio temprano
- F94.0 Mutismo selectivo (71)
- F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (72)
  - .1 Tipo inhibido
  - .2 Tipo desinhibido
- F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados (73)
  - Especificar si: Con comportamiento autolesivo
- F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado (74)

**Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos (75)**

**DELIRIUM (75)**

- F05.0 Delirium debido a... (Indicar enfermedad médica) (en vez de código F05.1 si hay demencia superpuesta) (75)
  - Delirium inducido por sustancias (consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (76)
  - Delirium por abstinencia de sustancias (consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (77)
  - Delirium debido a múltiples etiologías (codificar cada etiología específica) (78)
- F05.9 Delirium no especificado (79)

**DEMENCIA (79)**

- F00.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano (codificar también G30.0 Enfermedad de Alzheimer, de inicio temprano, en el Eje III) (79)
  - Sin alteración de comportamiento
  - Con alteración de comportamiento

- F00.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío  
(codificar también G30.1 Enfermedad de Alzheimer, de inicio tardío en el Eje III) (81)
- .- Sin alteración de comportamiento
- .- Con alteración de comportamiento
- F01.xx Demencia vascular (81)
- .80 No complicada
- .- Con delirium
- .81 Con ideas delirantes
- .83 Con estado de ánimo depresivo  
*Especificar si:* Con trastorno del comportamiento

Codificar la presencia o ausencia de una alteración del comportamiento en el quinto dígito para la Demencia debida a enfermedad médica:

- 0 = sin alteración de comportamiento  
1 = con alteración de comportamiento

- F02.4 Demencia debida a enfermedad por VIH  
(codificar también B22.0 VIH en el Eje III) (83)
- F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal  
(codificar también S06.9 Lesión cerebral en el Eje III) (83)
- F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson  
(codificar también G20 Enfermedad de Parkinson en el Eje III) (83)
- F02.2 Demencia debida a enfermedad de Huntington  
(codificar también G10 Enfermedad de Huntington en el Eje III) (83)
- F02.0 Demencia debida a enfermedad de Pick  
(codificar también G31.0 Enfermedad de Pick en el eje III) (83)
- F02.1 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob  
(codificar también A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en el Eje III) (83)
- F02.8 Demencia debida a...  
(indicar enfermedad médica no enumerada antes) (codificar también la enfermedad médica en el Eje III) (83)

#### 14 Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10

- .- Demencia persistente inducida por sustancias  
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (84)
- F02.8 Demencia debida a múltiples etiologías  
(en lugar de código F00.2 Demencia mixta tipo Alzheimer y vascular) (85)
- F03 Demencia no especificada (86)

#### TRASTORNOS AMNÉSICOS (87)

- F04 Trastorno amnésico debido a...  
(indicar enfermedad médica) (87)  
*Especificar si:* Transitorio/crónico
- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias  
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (88)
- R41.3 Trastorno amnésico no especificado (88)

#### OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS (89)

- F06.9 Trastorno cognoscitivo no especificado (89)

#### Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados (91)

- F06.1 Trastorno catatónico debido a... (indicar enfermedad médica) (93)
- F07.0 Cambio de personalidad debido a... (indicar enfermedad médica) (93)  
*Especificar tipo:* Lábil/desinhibido/agresivo/apático/paranoide/otros tipos/  
combinado/inespecífico
- F09 Trastorno mental no especificado debido a... (indicar enfermedad médica) (94)

#### Trastornos relacionados con sustancias (97)

- <sup>a</sup> Se pueden aplicar las siguientes especificaciones a la dependencia de sustancias:  
*Especificar si:* Con dependencia fisiológica/sin dependencia fisiológica

*Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:*

- 0 = Remisión total temprana/remisión parcial temprana
- 0 = Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- 1 = En entorno controlado
- 2 = En terapéutica con agonistas
- 4 = Leve/moderado/grave

Se aplican las siguientes especificaciones a los trastornos inducidos por sustancias

<sup>1</sup>De inicio durante la intoxicación/<sup>A</sup>de inicio durante la abstinencia

**TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL (109)**

**Trastornos por consumo de alcohol**

- F10.2x Dependencia del alcohol<sup>a</sup> (99)
- F10.1 Abuso de alcohol (105)

**Trastornos inducidos por alcohol**

- F10.00 Intoxicación por alcohol (110)
- F10.3 Abstinencia de alcohol (111)  
*Especificar si: Con alteraciones perceptivas*
- F10.03 Delirium por intoxicación por alcohol (76)
- F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol (77)
- F10.73 Demencia persistente inducida por alcohol (84)
- F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol (88)
- F10.xx Trastorno psicótico inducido por alcohol (193)
  - .51 Con ideas delirantes<sup>1,A</sup>
  - .52 Con alucinaciones<sup>1,A</sup>
- F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol<sup>1,A</sup> (181)
- F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol<sup>1,A</sup> (213)
- F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol<sup>1</sup> (238)
- F10.8 Trastorno del sueño inducido por alcohol<sup>1,A</sup> (264)
- F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (110)

**TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS (112)**

**Trastornos por consumo de alucinógenos**

- F16.2x Dependencia de alucinógenos<sup>a</sup> (99)
- F16.1 Abuso de alucinógenos (105)

**Trastornos inducidos por alucinógenos**

- F16.00 Intoxicación por alucinógenos (113)
- F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flash-backs*) (114)
- F16.03 Delirium por intoxicación por alucinógenos (76)
- F16.xx Trastorno psicótico inducido por alucinógenos (153)
  - .51 Con ideas delirantes<sup>1</sup>
  - .52 Con alucinaciones<sup>1</sup>
- F16.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos<sup>1</sup> (181)
- F16.8 Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos<sup>1</sup> (213)
- F16.9 Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado (113)

**TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS (O SUSTANCIAS DE ACCIÓN SIMILAR) (114)**

**Trastornos por consumo de anfetamina**

- F15.2x Dependencia de anfetamina<sup>a</sup> (99)
- F15.1 Abuso de anfetamina (105)

**Trastornos inducidos por anfetamina**

- F15.00 Intoxicación por anfetamina (116)
- F15.04 Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas (116)
- F15.3 Abstinencia de anfetamina (117)
- F15.03 Delirium por intoxicación por anfetamina (76)
- F15.xx Trastorno psicótico inducido por anfetamina (153)
  - .51 Con ideas delirantes<sup>1</sup>
  - .52 Con alucinaciones<sup>1</sup>
- F15.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina<sup>1,A</sup> (181)
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina<sup>1</sup> (213)
- F15.8 Trastorno sexual inducido por anfetamina<sup>1</sup> (238)
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por anfetamina<sup>1,A</sup> (264)
- F15.9 Trastorno relacionado con anfetamina no especificado (115)

**TRASTORNOS RELACIONADOS CON CAFÉINA (118)**

**Trastornos inducidos por cafeína**

- F15.00 Intoxicación por cafeína (118)

- ° F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína<sup>1</sup> (213)
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por cafeína<sup>1</sup> (264)
- F15.9 Trastorno relacionado con cafeína no especificado (118)

**TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CANNABIS (219)**

**Trastornos por consumo de Cannabis**

- F12.2x Dependencia de Cannabis<sup>a</sup> (99)
- F12.1 Abuso de Cannabis (105)

**Trastornos inducidos por Cannabis**

- F12.00 Intoxicación por Cannabis (120)
- F12.04 Intoxicación por Cannabis, con alteraciones perceptivas (121)
- F12.03 Delirium por intoxicación por Cannabis (76)
- F12.xx Trastorno psicótico inducido por Cannabis (153)
  - .51 Con ideas delirantes<sup>1</sup>
  - .52 Con alucinaciones<sup>1</sup>
- F12.8 Trastorno de ansiedad inducido por Cannabis<sup>1</sup> (213)
- F12.9 Trastorno relacionado con Cannabis no especificado (120)

**TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAÍNA (121)**

**Trastornos por consumo de cocaína**

- F14.2x Dependencia de cocaína<sup>a</sup> (99)
- F14.1 Abuso de cocaína (105)

**Trastornos inducidos por cocaína**

- F14.00 Intoxicación por cocaína (123)
- F14.04 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas (124)
- F14.3 Abstinencia de cocaína (124)
- F14.03 Delirium por intoxicación por cocaína (76)
- F14.xx Trastorno psicótico inducido por cocaína (153)
  - .51 Con ideas delirantes<sup>1</sup>
  - .52 Con alucinaciones<sup>1</sup>
- F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína<sup>1,A</sup> (181)
- F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína<sup>1,A</sup> (213)
- © F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína<sup>1</sup> (238)

**18 Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10**

- F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína<sup>1,A</sup> (214)
- F14.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado (123)

**TRASTORNOS RELACIONADOS CON FENCICLIDINA (O SUSTANCIAS DE ACCIÓN SIMILAR) (125)**

**Trastornos por consumo de fenciclidina**

- F19.2x Dependencia de fenciclidina<sup>a</sup> (99)
- F19.1 Abuso de fenciclidina (105)

**Trastornos inducidos por fenciclidina**

- F19.00 Intoxicación por fenciclidina (126)
- F19.04 Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas (127)
- F19.03 Delirium por intoxicación por fenciclidina (76)
- F19.xx Trastorno psicótico inducido por fenciclidina (153)
  - .51 Con ideas delirantes<sup>1</sup>
  - .52 Con alucinaciones<sup>1</sup>
- F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina<sup>1</sup> (181)
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina<sup>1</sup> (213)
- F19.9 Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado (126)

**TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES (127)**

**Trastornos por consumo de inhalantes**

- F18.2x Dependencia de inhalantes<sup>a</sup> (99)
- F18.1 Abuso de inhalantes (105)

**Trastornos inducidos por inhalantes**

- F18.00 Intoxicación por inhalantes (128)
- F18.03 Delirium por intoxicación por inhalantes (76)
- F18.73 Demencia persistente inducida por inhalantes (84)
- F18.xx Trastorno psicótico inducido por inhalantes (153)
  - .51 Con ideas delirantes<sup>1</sup>
  - .52 Con alucinaciones<sup>1</sup>
- F18.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes<sup>1</sup> (181)
- F18.8 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes<sup>1</sup> (213)
- F18.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado (128)



**TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA NICOTINA (129)**

**Trastorno por consumo de nicotina**

F17.2x Dependencia de nicotina<sup>a</sup> (99)

**Trastornos inducidos por nicotina**

F17.3 Abstinencia de nicotina (130)

F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado (130)

**TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS (131)**

**Trastornos por consumo de opiáceos**

F11.2x Dependencia de opiáceos<sup>a</sup> (99)

F11.1 Abuso de opiáceos (105)

**Trastornos inducidos por opiáceos**

F11.00 Intoxicación por opiáceos (132)

F11.04 Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas (132)

F11.3 Abstinencia de opiáceos (133)

F11.03 Delirium por intoxicación por opiáceos (76)

F11.xx Trastorno psicótico inducido por opiáceos (153)

.51 Con ideas delirantes<sup>I</sup>

.52 Con alucinaciones<sup>I</sup>

F11.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos<sup>I</sup> (181)

F11.8 Trastorno sexual inducido por opiáceos<sup>I</sup> (238)

F11.8 Trastorno del sueño inducido por opiáceos<sup>I,A</sup> (264)

F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado (132)

**TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS (134)**

**Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

F13.2x Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos<sup>a</sup> (99)

F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (105)

**Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (136)

F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (137)

*Especificar si: Con alteraciones perceptivas*

**20 Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10**

F13.03 Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (76)

F13.4 Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (77)

F13.73 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (84)

F13.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (88)

F13.xx Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (153)

.51 Con ideas delirantes<sup>I,A</sup>

.52 Con alucinaciones<sup>I,A</sup>

F13.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos<sup>I,A</sup> (181)

F13.8 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos<sup>A</sup> (213)

F13.8 Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos<sup>I</sup> (238)

F13.8 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos<sup>I,A</sup> (264)

F13.9 Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado (135)

**TRASTORNO RELACIONADO CON VARIAS SUSTANCIAS**

F19.2x Dependencia de varias sustancias<sup>a</sup> (138)

**TRASTORNOS RELACIONADOS CON OTRAS SUSTANCIAS (O DESCONOCIDAS) (139)**

**Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas)**

F19.2x Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)<sup>a</sup> (99)

F19.1 Abuso de otras sustancias (o desconocidas) (105)

**Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas)**

F19.00 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) (107)

F19.04 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones perceptivas (107)

**Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10 21**

- F19.3 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) (107)  
*Especificar si:* Con alteraciones perceptivas
- F19.03 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas)  
*(codificar F19.4 si comienza durante la abstinencia)* (76)
- F19.73 Demencia persistente inducida por otras sustancias  
(o desconocidas) (84)
- F19.6 Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias  
(o desconocidas) (88)
- F19.xx Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) (153)
  - .51 Con ideas delirantes<sup>1,A</sup>
  - .52 Con alucinaciones<sup>1,A</sup>
- F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias  
(o desconocidas)<sup>1,A</sup> (181)
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias  
(o desconocidas)<sup>1,A</sup> (213)
- F19.8 Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas)<sup>1</sup> (238)
- F19.8 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas)<sup>1,A</sup> (264)
- F19.9 Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas)  
no especificado (141)

**Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (143)**

- F20.xx Esquizofrenia (143)
  - .0x Tipo paranoide (145)
  - .1x Tipo desorganizado (145)
  - .2x Tipo catatónico (145)
  - .3x Tipo indiferenciado (146)
  - .5x Tipo residual (146)

**Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:**

- 2 = Episódico con síntomas residuales interepisódicos (*especificar si:* Con síntomas negativos acusados)
- 3 = Episódico sin síntomas residuales interepisódicos
- 0 = Continuo (*especificar si:* Con síntomas negativos acusados)

**22 Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10**

- 4 = Episodio único en remisión parcial (*especificar si:* Con síntomas negativos acusados)
- 5 = Episodio único en remisión total
- 8 = Otro patrón o no especificado
- 9 = Menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de la fase activa inicial

- F20.8 Trastorno esquizofreniforme (148)  
*Especificar si:* Sin síntomas de buen pronóstico/con síntomas de buen pronóstico
- F25.x Trastorno esquizoafectivo (148)
  - .0 Tipo bipolar
  - .1 Tipo depresivo
- F22.0 Trastorno delirante (149)  
*Especificar tipo:* Erotomaniaco/de grandiosidad/celotípico/persecutorio/somático/mixto/no especificado
- F23.xx Trastorno psicótico breve (150)
  - .81 Con desencadenante(s) grave(s)
  - .80 Sin desencadenante(s) grave(s)  
*Especificar si:* De inicio en el posparto
- F24 Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*) (151)
- F06.x Trastorno psicótico debido a...  
*(indicar enfermedad médica)* (152)
  - .2 Con ideas delirantes
  - .0 Con alucinaciones
- Trastorno psicótico inducido por sustancias  
*(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)* (153)  
*Especificar si:* De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia
- F29 Trastorno psicótico no especificado (154)

**Trastornos del estado de ánimo (157)**

*Se aplicarán (para los episodios actuales o más recientes) a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones:*

- <sup>a</sup> Gravedad/psicótico/especificadores en remisión/<sup>b</sup> crónico/<sup>c</sup> con síntomas catatónicos/<sup>d</sup> con síntomas melancólicos/<sup>e</sup> con síntomas atípicos/<sup>f</sup> de inicio en el posparto

*Se aplicarán a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones:*

- <sup>\*</sup> Con o sin recuperación interepisódica total/<sup>h</sup> con patrón estacional/<sup>i</sup> con ciclos rápidos

**TRASTORNOS DEPRESIVOS (162)**

- F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único<sup>a,b,c,d,e,f</sup> (162)  
 F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante<sup>a,b,c,d,e,f,g,h</sup> (163)

*Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:*

- 0 = Leve
- 1 = Moderado
- 2 = Grave sin síntomas psicóticos
- 3 = Grave con síntomas psicóticos  
*Especificar:* Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo/síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
- 4 = En remisión parcial
- 4 = En remisión total
- 9 = No especificado

- F34.1 Trastorno distímico (166)  
*Especificar si:* De inicio temprano/de inicio tardío  
*Especificar:* Con síntomas atípicos
- F32.9 Trastorno depresivo no especificado (167)

**TRASTORNOS BIPOLARES (169)**

- F30.x Trastorno bipolar I, episodio maniaco único<sup>a,c,f</sup> (169)  
*Especificar si:* Mixto

*Codificar el estado actual del episodio maniaco en el cuarto dígito:*

- 1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos
- 2 = Grave con síntomas psicóticos
- 8 = En remisión parcial o total

- F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco<sup>g,h,i</sup> (170)  
 F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maniaco<sup>a,c,f,g,h,i</sup> (171)

*Codificar el estado actual del episodio maniaco en el cuarto dígito:*

- 1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos
- 2 = Grave con síntomas psicóticos
- 7 = En remisión parcial o total

- F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto<sup>a,c,f,g,h,i</sup> (172)  
 F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo<sup>a,b,c,d,e,f,g,h,i</sup> (173)

*Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:*

- 3 = Leve o moderado
- 4 = Grave sin síntomas psicóticos
- 5 = Grave con síntomas psicóticos
- 7 = En remisión parcial o total

- F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado<sup>g,h,i</sup> (174)  
 F31.8 Trastorno bipolar II<sup>a,b,c,d,e,f,g,h,i</sup> (176)  
*Especificar (episodio actual o más reciente):* Hipomaniaco/depresivo
- F34.0 Trastorno ciclotímico (178)
- F31.9 Trastorno bipolar no especificado (179)
- F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a...  
 (indicar enfermedad médica) (180)
- .32 Con síntomas depresivos
  - .32 Con síntomas de depresión mayor
  - .30 Con síntomas maníacos
  - .33 Con síntomas mixtos
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias  
*(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)* (181)  
*Especificar tipo:* Con síntomas depresivos/con síntomas maníacos/con síntomas mixtos  
*Especificar si:* De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia
- F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado (183)

**Trastornos de ansiedad (197)**

- F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (199)  
 F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (200)  
 F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (201)  
 F40.2 Fobia específica (202)  
*Especificar tipo:* Animal/ambiental/sangre-inyecciones-daño/situacional/otro tipo

- F40.1 Fobia social (204)  
*Especificar si:* Generalizada
- F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (205)  
*Especificar si:* Con poca conciencia de enfermedad
- F43.1 Trastorno por estrés postraumático (207)  
*Especificar si:* Agudo/crónico  
*Especificar si:* De inicio demorado
- F43.0 Trastorno por estrés agudo (209)
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (211)
- F06.4 Trastorno de ansiedad debido a...  
(indicar enfermedad médica) (212)  
*Especificar si:* Con ansiedad generalizada/con crisis de angustia/con síntomas obsesivo-compulsivos
- .— Trastorno de ansiedad inducido por sustancias  
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (213)  
*Especificar si:* Con ansiedad generalizada/con crisis de angustia/con síntomas obsesivo-compulsivos/con síntomas fóbicos  
*Especificar si:* De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia
- F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado (215)

**Trastornos somatomorfos (217)**

- F45.0 Trastorno de somatización (217)
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado (218)
- F44.x Trastorno de conversión (219)
  - .4 Con síntomas o déficit motores
  - .5 Con crisis o convulsiones
  - .6 Con síntomas o déficit sensoriales
  - .7 Con presentación mixta
- F45.4 Trastorno por dolor (220)  
*Especificar tipo:* Asociado a factores psicológicos/asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica  
*Especificar si:* Agudo/crónico
- F45.2 Hipocondría (222)  
*Especificar si:* Con poca conciencia de enfermedad
- F45.2 Trastorno dismórfico corporal (223)
- F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado (223)

pliar sin autorización es un delito

**Trastornos facticios (221)**

- F68.1 Trastorno facticio (225)  
*Especificar tipo:* Con predominio de signos y síntomas psicológicos/con predominio de signos y síntomas somáticos/con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos
- F68.1 Trastorno facticio no especificado (226)

**Trastornos disociativos (227)**

- F44.0 Amnesia disociativa (227)
- F44.1 Fuga disociativa (228)
- F44.81 Trastorno de identidad disociativo (228)
- F48.1 Trastorno de despersonalización (229)
- F44.9 Trastorno disociativo no especificado (229)

**Trastornos sexuales y de la identidad sexual (231)**

**TRASTORNOS SEXUALES (231)**

*Se aplicarán los siguientes especificadores a todos los trastornos sexuales primarios:*

*Especificar tipo:* De toda la vida/adquirido/general/situacional/debido a factores psicológicos/debido a factores combinados

**Trastornos del deseo sexual**

- F52.0 Deseo sexual hipoactivo (231)
- F52.10 Trastorno por aversión al sexo (232)

**Trastornos de la excitación sexual**

- F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer (232)
- F52.2 Trastorno de la erección en el hombre (233)

**Trastornos orgásmicos**

- F52.3 Trastorno orgásmico femenino (233)
- F52.3 Trastorno orgásmico masculino (234)
- F52.4 Eyaculación precoz (234)

**Trastornos sexuales por dolor**

- F52.6 Dispareunia (no debida a una enfermedad médica) (235)
- F52.5 Vaginismo (no debido a una enfermedad médica) (235)

**Trastorno sexual debido a una enfermedad médica (237)**

- N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a...  
(indicar enfermedad médica) (238)
- N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el hombre debido a...  
(indicar enfermedad médica) (238)
- N48.4 Trastorno de la erección en el hombre debido a...  
(indicar enfermedad médica) (238)
- N94.1 Dispareunia femenina debida a...  
(indicar enfermedad médica) (238)
- N50.8 Dispareunia masculina debida a...  
(indicar enfermedad médica) (238)
- N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a...  
(indicar enfermedad médica) (238)
- N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a...  
(indicar enfermedad médica) (238)
- .— Trastorno sexual inducido por sustancias  
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los  
códigos específicos de cada una de ellas) (238)  
*Especificar si:* Con alteración del deseo/con alteración de la excitación/con  
alteración del orgasmo/con dolor sexual  
*Especificar si:* De inicio durante la intoxicación
- F52.9 Disfunción sexual no especificada (240)

**PARAFILIAS (240)**

- F65.2 Exhíbicionismo (240)
- F65.0 Fetichismo (241)
- F65.8 Frotteurismo (241)
- F65.4 Pedofilia (242)  
*Especificar si:* Con atracción sexual por los hombres/con atracción sexual por  
las mujeres/con atracción sexual por ambos sexos  
*Especificar si:* Limitada al incesto  
*Especificar tipo:* Exclusivo/no exclusivo
- F65.5 Masoquismo sexual (243)
- F65.5 Sadismo sexual (243)

**28 Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10**

- F65.1 Fetichismo transvestista (243)  
*Especificar si:* Con disforia sexual
- F65.3 Voyeurismo (244)
- F65.9 Parafilia no especificada (244)

**TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL (245)**

- F64.x Trastorno de la identidad sexual (245)
  - .2 En niños
  - .0 En adolescentes o adultos  
*Especificar si:* Con atracción sexual por los hombres/con atracción sexual por  
las mujeres/con atracción sexual por ambos/sin atracción sexual por ninguno
- F64.9 Trastorno de la identidad sexual no especificado (246)
- F52.9 Trastorno sexual no especificado (247)

**Trastornos de la conducta alimentaria (249)**

- F50.0 Anorexia nerviosa (249)  
*Especificar tipo:* Restrictivo/compulsivo/purgativo
- F50.2 Bulimia nerviosa (250)  
*Especificar tipo:* Purgativo/no purgativo
- F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (251)

**Trastornos del sueño (253)**

**TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SUEÑO (253)**

**Disomnias (253)**

- F51.0 Insomnio primario (253)
- F51.1 Hipersomnia primaria (254)  
*Especificar si:* Recidivante
- G47.4 Narcolepsia (255)
- G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración (255)
- F51.2 Trastorno del ritmo circadiano (256)  
*Especificar tipo:* Sueño retrasado/jet lag/cambios de turno de trabajo/no espe-  
cificado
- F51.9 Disomnias no especificadas (257)

**Parasomnias (258)**

- F51.9 Pesadillas (258)

Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10 29

- F51.4 Terrores nocturnos (259)
- F51.3 Sonambulismo (259)
- F51.8 Parasomnia no especificada (260)

**TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON OTRO TRASTORNO MENTAL (261)**

- F51.0 Insomnio relacionado con...  
(indicar trastorno del Eje I o del Eje II) (261)
- F51.1 Hipersomnia relacionada con...  
(indicar trastorno del Eje I o del Eje II) (262)

**OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO**

- G47.x Trastorno del sueño debido a...  
(indicar enfermedad médica) (263)
  - .0 Tipo insomnio
  - .1 Tipo hipersomnia
  - .8 Tipo parasomnia
  - .8 Tipo mixto
- Trastorno del sueño inducido por sustancias  
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (264)  
*Especificar tipo:* Insomnio/hipersomnia/ parasomnia/mixto  
*Especificar si:* De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

**Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados (271)**

- F63.8 Trastorno explosivo intermitente (267)
- F63.2 Cleptomanía (267)
- F63.1 Piromanía (268)
- F63.0 Juego patológico (269)
- F63.3 Tricotilomanía (270)
- F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado (270)

**Trastornos adaptativos (271)**

- F43.xx Trastorno adaptativo (271)
  - .20 Con estado de ánimo depresivo

**30 Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10**

- .28 Con ansiedad
- .22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
- .24 Con trastorno de comportamiento
- .25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
- .9 No especificado  
*Especificar si:* Agudo/crónico

**Trastornos de la personalidad (271)**

*Nota: Se codifican en el Eje II.*

- F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad (276)
- F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (277)
- F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (278)
- F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (279)
- F60.31 Trastorno límite de la personalidad (280)
- F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad (281)
- F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad (282)
- F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (283)
- F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia (283)
- F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (284)
- F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado (285)

**FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO (287)**

- F54 ...*(Especificar el factor psicológico)* que afecta a... *(indicar enfermedad médica)* (287)  
*Elegir según la naturaleza de los factores:*  
Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica  
Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica  
Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica

**Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10 31**

- Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica
- Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica
- Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica

**TRASTORNOS MOTORES INDUCIDOS POR MEDICAMENTOS (289)**

- G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos (290)
- G21.0 Síndrome neuroléptico maligno (290)
- G24.0 Disonía aguda inducida por neurolépticos (290)
- G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolépticos (290)
- G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolépticos (291)
- G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos (291)
- G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado (291)

**OTROS TRASTORNOS INDUCIDOS POR MEDICAMENTOS**

- T88.7 Efectos adversos de los medicamentos no especificados (292)

**PROBLEMAS DE RELACIÓN (292)**

- Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica (293)
- Z63.8 Problemas paterno-filiales  
(código Z63.1 si el objeto de atención es el niño) (293)
- Z63.0 Problemas conyugales (293)
- F93.3 Problema de relación entre hermanos (293)
- Z63.9 Problema de relación no especificado (294)

**PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO O LA NEGLIGENCIA (294)**

- T74.1 Abuso físico del niño (294)
- T74.2 Abuso sexual del niño (295)
- T74.0 Negligencia de la infancia (295)
- T74.1 Abuso físico del adulto

**32 Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10**

- . (si es por el/la compañero/a)
- .— (si es por alguien que no es el/la compañero/a (codificar [995.81] si el objeto de atención clínica es la víctima) (295)
- T74.2 Abuso sexual del adulto  
(si es por el/la compañero/a)  
(si es por alguien que no es el/la compañero/a) (codificar [995.83] si el objeto de atención clínica es la víctima) (295)

**PROBLEMAS ADICIONALES QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA (296)**

- Z91.1 Incumplimiento terapéutico (296)
- Z76.5 Simulación (296)
- Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto (297)
- Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (297)
- R41.8 Capacidad intelectual límite (298)
- R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad (298)
- Z63.4 Duelo (298)
- Z55.8 Problema académico (299)
- Z56.7 Problema laboral (299)
- F93.8 Problema de identidad (300)
- Z71.8 Problema religioso o espiritual (300)
- Z60.3 Problema de aculturación (300)
- Z60.0 Problema biográfico (300)

**Códigos adicionales (301)**

- F99 Trastorno mental no especificado (no psicótico) (301)
- Z03.2 Sin diagnóstico o estado en el Eje I (301)
- R69 Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I (301)
- Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II (302)
- R46.8 Diagnóstico aplazado en el Eje II (302)

## EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

- Eje I Trastornos clínicos  
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- Eje II Trastornos de la personalidad  
Retraso mental
- Eje III Enfermedades médicas
- Eje IV Problemas psicosociales y ambientales
- Eje V Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

### 34 Evaluación multiaxial

El resto de este apartado describe cada uno de los ejes DSM-IV. En algunos centros o situaciones los clínicos pueden preferir no utilizar el sistema multiaxial. Por esta razón, al final del apartado se dan ciertas directrices para informar sobre los resultados de una evaluación DSM-IV sin aplicar el sistema multiaxial formal.

#### EJE I: TRASTORNOS CLÍNICOS. OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA

El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental (que se han incluido en el Eje II).

También se anotan en el Eje I otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica.

Cuando un individuo sufre más de un trastorno del Eje I, deben registrarse todos ellos. Cuando se presenta más de un trastorno del Eje I, debe indicarse en primer lugar el diagnóstico principal o el motivo de consulta (v. pág. 5). Cuando una persona presente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de consulta corresponde al Eje I, a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la frase «(diagnóstico principal)» o «(motivo de consulta)». En el caso de no presentarse ningún trastorno del Eje I, este hecho debe codificarse como Z03.2 [V71.09]. Si hay que aplazar un diagnóstico del Eje I hasta recoger alguna información adicional, este hecho se codificará como R69 [799.9].

#### EJE II: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. RETRASO MENTAL

El Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Enumerar los trastornos de la personalidad y el retraso mental en un eje separado asegura que se tomará en consideración la posible presencia de trastornos de la personalidad y retraso mental, anomalías éstas que pudieran



pasar desapercibidas cuando se presta atención directa a trastornos del Eje I, habitualmente más floridos. La codificación de los trastornos de la personalidad en el Eje II no implica que su patogenia o la índole de la terapéutica apropiada sean fundamentalmente diferentes de las implicadas en los trastornos codificados en el Eje I.

Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II, situación relativamente frecuente, deben hacerse constar todos los diagnósticos. Cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, y el diagnóstico del Eje II es el principal o el motivo de consulta, este hecho debe indicarse añadiendo la frase «(diagnóstico principal)» o «(motivo de consulta)» tras el diagnóstico del Eje II. Cuando no se presenta ningún trastorno del Eje II, este hecho debe codificarse como Z03.2 [V71.09]. Si hay que aplazar un diagnóstico del Eje II, pendientes de recoger alguna información adicional, debe codificarse como R46.8 [799.9].

El Eje II también puede utilizarse para indicar ciertas características desadaptativas de personalidad que no cumplen los mínimos necesarios para constituir un trastorno de la personalidad (en estos casos no debe utilizarse ningún número de código). También puede indicarse en el Eje II el uso habitual de mecanismos de defensa desadaptativos.

### EJE III: ENFERMEDADES MÉDICAS

El Eje III incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. Estos estados están clasificados fuera del capítulo «Trastornos mentales» de la CIE-10 (y fuera del cap. V de la CIE-9-MC). Un listado detallado de los códigos específicos de la CIE-9-MC se expone en la página 305.

La distinción multiaxial entre trastornos de los Ejes I, II y III no implica que existan diferencias fundamentales en su conceptualización, ni que los trastornos mentales dejen de tener relación con factores o procesos físicos o biológicos, ni que las enfermedades médicas no estén relacionadas con factores o procesos de comportamiento o psicológicos. La razón para distinguir enfermedades médicas es la de alentar la

minuciosidad de la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud mental.

Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos implicados en este efecto son fisiológicos. Cuando se supone que un trastorno mental es consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, en el Eje I debe diagnosticarse un trastorno mental debido a enfermedad médica, y esa enfermedad debe registrarse tanto en el Eje I como en el Eje III. Por ejemplo, cuando un hipotiroidismo es causa directa de síntomas depresivos, su designación en el Eje I es F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83], y se hace constar de nuevo el hipotiroidismo en el Eje III como E03.9 [244.9].

Cuando la relación etiológica entre la enfermedad médica y los síntomas mentales esté insuficientemente probada para garantizar un diagnóstico en el Eje I de trastorno mental debido a enfermedad médica, debe codificarse en el Eje I el trastorno mental apropiado (p. ej., trastorno depresivo mayor), y la enfermedad médica sólo se codificará en el Eje III.

Hay otros casos en los que deben registrarse las enfermedades médicas en el Eje III a causa de su importancia para la comprensión general o el tratamiento del sujeto afecto del trastorno mental. Un trastorno del Eje I puede ser una reacción psicológica a una enfermedad médica del Eje III (p. ej., la presencia de un F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo [309.0] como reacción al diagnóstico de carcinoma de mama). Algunas enfermedades médicas pueden no estar relacionadas directamente con el trastorno mental, pero pueden tener implicaciones importantes para su pronóstico o tratamiento (p. ej., cuando el diagnóstico en el Eje I es F32.9 Trastorno depresivo mayor recidivante [296.30] y en el Eje III es I49.9 Arritmia [427.9], la elección de farmacoterapia está influida por la enfermedad médica; o cuando una persona con diabetes mellitus ingresa en un hospital por una exacerbación de una esquizofrenia y debe ser controlada la administración de insulina).

Cuando una persona tiene más de un diagnóstico clínicamente relevante en el Eje III, deben hacerse constar todos ellos. Si no hay ningún trastorno del Eje III, este hecho debe indicarse anotando «Eje III: ninguno». Si hay que aplazar un diagnóstico del Eje III, a la espera de recoger alguna información adicional, este hecho se indicará anotando «Eje III: aplazado».

#### EJE IV: PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Ejes I y II). Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, sólo deben hacerse constar si constituyen un problema o conducen a él, como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a una situación nueva. Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención terapéutica general.

Cuando una persona tiene problemas psicosociales o ambientales múltiples, el clínico debe tomar nota de todos aquellos que juzgue relevantes. En general, el clínico sólo debe hacer constar aquellos problemas psicosociales y ambientales que hayan estado presentes durante el año anterior a la evaluación actual. Sin embargo, el clínico puede decidir el registro de problemas psicosociales y ambientales acaecidos antes del año anterior si han contribuido claramente al trastorno mental o se han constituido en un objetivo terapéutico (p. ej., experiencias previas de combate conducentes a un trastorno por estrés postraumático).

En la práctica, la mayor parte de los problemas psicosociales y ambientales se indicarán en el Eje IV. No obstante, cuando un problema

#### 38 Evaluación multiaxial

psicosocial o ambiental constituya el centro de la atención clínica, se hará constar también en el Eje I, con un código derivado del apartado «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica» (v. pág. 287).

Por razones de conveniencia los problemas se han agrupado en las siguientes categorías:

- **Problemas relativos al grupo primario de apoyo:** por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos; nacimiento de un hermano.
- **Problemas relativos al ambiente social:** por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).
- **Problemas relativos a la enseñanza:** por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.  
**Problemas laborales:** por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo.
- **Problemas de vivienda:** por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insaludable, conflictos con vecinos o propietarios.
- **Problemas económicos:** por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.
- **Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria:** por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.
- **Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen:** por ejemplo, arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.

- **Otros problemas psicosociales y ambientales:** por ejemplo, exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

#### EJE V: EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL

El Eje V incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución.

El registro de la actividad general en el Eje V puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG)<sup>1</sup>. La EEAG puede ser particularmente útil al seguir la evolución del progreso clínico de los sujetos en términos globales, utilizando una medida simple. La EEAG sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Las instrucciones especifican: «no incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales)».

La escala EEAG está dividida en 10 niveles de actividad. La valoración mediante la escala EEAG implica la selección de un único valor que refleje del mejor modo posible el nivel global de actividad del individuo. Cada nivel (de 10 puntos cada uno) presenta dos componentes: el primero se refiere a la gravedad de los síntomas y el segundo a la actividad. La puntuación en esta escala ocupa un determinado decil en función de si la gravedad de los síntomas o el nivel de actividad se hallan dentro del rango. Por ejemplo, la primera parte del nivel 41-50 describe «síntomas graves (p. ej., ideas suicidas, rituales obsesivos graves, hurtos frecuentes)» y la segunda «cualquier deterioro grave de la actividad

<sup>1</sup> La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L.: «Clinicians' Judgments of Mental Health». *Archives of General Psychiatry* 7:407-417, 1962). Spitzer y cols. desarrollaron una revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Fendicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: «The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance». *Archives of General Psychiatry* 33:766-771, 1976). Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.

#### 40 Evaluación multiaxial

social, laboral o escolar (p. ej., carencia de amigos, incapacidad para mantener un trabajo)». Debe señalarse que en situaciones en las que la gravedad de los síntomas y el nivel de actividad son discordantes, la puntuación final en la escala EEAG siempre debe reflejar la peor puntuación de las dos. Por ejemplo, la puntuación para un individuo que es un peligro significativo para sí mismo pero que presenta un buen nivel de actividad sería inferior a 20. De modo similar, la puntuación para un individuo que presenta mínima sintomatología de tipo psicológico (p. ej., excesiva preocupación por el consumo de sustancias que ha comportado la pérdida del trabajo y los amigos, sin haber presentado ningún otro trastorno psicopatológico) sería igual o inferior a 40.

En la mayoría de los casos las evaluaciones de la EEAG deben referirse al período actual (es decir, el nivel de actividad en el momento de la evaluación), puesto que las evaluaciones de la actividad actual reflejarán generalmente la necesidad de tratamiento o intervención. Con el fin de explicar la variabilidad diaria de la actividad, la puntuación del «período actual» se establece en ocasiones como el nivel más bajo de actividad durante la semana anterior. En algunos centros clínicos puede ser útil cumplimentar la EEAG tanto en el momento de la admisión como en el del alta. La EEAG también puede cumplimentarse en otros periodos de tiempo (p. ej., mejor nivel de actividad alcanzado por lo menos en algunos meses durante el último año). La EEAG se hace constar en el Eje V del modo siguiente: «EEAG —», seguido por la puntuación de la EEAG de 1 a 100, anotando a continuación entre paréntesis el período de tiempo reflejado en la evaluación, por ejemplo, «(actual)», «(mayor nivel en el último año)», «(en el alta)».

Con el objetivo de asegurar que no se pasan por alto elementos de la escala EEAG cuando se lleva a cabo una evaluación, puede aplicarse el siguiente método:

**PASO 1.** Empezando por el nivel más alto, evaluar cada rango preguntándose: «¿son la gravedad de los síntomas del individuo O su nivel de actividad peores de lo que se indica en la descripción del rango?».

**PASO 2.** Descender en la escala hasta alcanzar el rango que mejor encaja con la gravedad de los síntomas O con el nivel de actividad del individuo, teniendo en cuenta siempre el peor de los dos.

**PASO 3.** Examinar el siguiente rango inferior como una doble comprobación, a fin de asegurarse de no haberse detenido prematuramente. Este rango debería ser demasiado grave tanto para la gravedad de los síntomas como para el nivel de actividad. De ser así, se habrá alcanzado el rango adecuado (continuar con el paso 4); en caso contrario, volver al paso 2 y continuar descendiendo en la escala.

**PASO 4.** Para determinar la puntuación dentro del rango seleccionado, es necesario saber si el nivel de actividad del individuo se encuentra en el extremo superior o inferior de este rango. Por ejemplo, considérese el caso de un individuo que oye voces, pero que éstas no influyen en su conducta (un enfermo con esquizofrenia desde hace tiempo que acepta las alucinaciones como parte de su enfermedad): si las voces aparecen de modo relativamente infrecuente (máximo una vez por semana), lo más adecuado sería una puntuación de 39 o 40; si, en cambio, el individuo oye voces de modo casi constante, lo más apropiado sería una puntuación de 31 o 32.

### Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72).

- 100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
- 91 Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 81 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 71 Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 61 Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 51 Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).

- 40 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 31
- 30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 21
- 20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 11
- 10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0 Información inadecuada.

### Formato no axial

Los clínicos que no deseen utilizar el formato multiaxial pueden simplemente enumerar los diagnósticos apropiados. Quienes elijan esta opción deben seguir la norma general de registrar todos los trastornos mentales coexistentes, las enfermedades médicas y otros factores en la medida en que sean relevantes para la asistencia y el tratamiento del sujeto. El diagnóstico principal o el motivo de consulta deben citarse en primer lugar.