

Índice

Créditos	
Comité Elaborador del DSM-IV	
Agradecimientos	
Introducción	
Advertencia	
Uso del manual	
Clasificación DSM-IV con códigos CIE-10 (13)	
Evaluación multiaxial (27)	
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (39)	
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos (129)	
Trastornos mentales debidos a enfermedad médica (171)	
Trastornos relacionados con sustancias (181)	
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (279)	
Trastornos del estado de ánimo (323)	
Trastornos de ansiedad (401)	
Trastornos somatomorfos (457)	
Trastornos facticios (483)	
Trastornos disociativos (489)	
Trastornos sexuales y de la identidad sexual (505)	
Trastornos de la conducta alimentaria (553)	
Trastornos del sueño (565)	
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados (625)	
Trastornos adaptativos (639)	
Trastornos de la personalidad (645)	
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (691)	
Códigos adicionales (703)	
Apéndice A. Árboles de decisión para el diagnóstico diferencial (705)	
Apéndice B. Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores (719)	
Apéndice C. Glosario de términos técnicos (779)	
Apéndice D. Índice de modificaciones del DSM-IV (789)	
Apéndice E. Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10) (807)	
Apéndice F. Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10) (819)	
Apéndice G. Clasificación DSM-IV con códigos CIE-9-MC (829)	
Apéndice H. Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC) (843)	
Apéndice I. Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC) (853)	
Apéndice J. Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura (863)	
Apéndice K. Colaboradores del DSM-IV (871)	

DSM-IV

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana

Pierre Pichot

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, Paris;
Ancien Président de l'Association Mondiale de Psychiatrie

Director de la edición española

Juan J. López-Ibor Aliño

Catedrático de Psiquiatría,
Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría,
Universidad Complutense de Madrid;
Secretario General de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Coordinador de la edición española

Manuel Valdés Miyar

Profesor Titular de Psiquiatría,
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica,
División de Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona;
Jefe de Sección, Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica,
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Barcelona - Madrid - Paris - Milano - Asunción - Bogotá - Buenos Aires - Caracas - Lima - Lisboa
México - Montevideo - Rio de Janeiro - 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,
División de Ciencias de la Salud,
Universidad de Barcelona

Joan Masana Ronquillo

Profesor Asociado de Psiquiatría,
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica,
División de Ciencias de la Salud,
Universidad de Barcelona;
Jefe del Laboratorio de Psicofisiología,
Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica,
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

José Toro Trallero

Profesor Titular de Psiquiatría,
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica,
División de Ciencias de la Salud,
Universidad de Barcelona;
Jefe de la Sección de Psiquiatría Infantojuvenil,
Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica,
Hospital Clínic i Provincial 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

MASSON, S.A.
Avda. Príncipe de Asturias, 20 - 08012 Barcelona
MASSON, S.A.
120, Bd. Saint-Germain - 75280 Paris Cedex 06
MASSON S.P.A.
Via Statuto, 2 - 20121 Milano

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.

© 1995. MASSON, S.A.
Avda. Príncipe de Asturias, 20 - Barcelona (España)
ISBN 84-458-0297-6 Versión española
Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV,
publicada por la American Psychiatric Association de Washington

Primera publicación en Estados Unidos por la American Psychiatric Association, Washington, D.C.
Copyright 1994. Reservados todos los derechos
First published in the United States by American Psychiatric Association, Washington, D.C.
Copyright 1994. All rights reserved
ISBN 0-89042-062-9 Edición original

Depósito Legal: B. 24.729 - 1995
Composición y compaginación: A. Parras - Avda. Meridiana, 93-95 - Barcelona (1995)
Impresión: Gráficas 92, S.A. - Torrasa, 108 E - Sant Adrià de Besòs (1995)
Printed in Spain

Realización de la versión electrónica
Instituto Municipal de Investigación Médica
Departamento de Informática Médica
Barcelona

Montserrat Miralles Alemany
Joan J. Sancho Insenser
Maribel Martínez Ramírez

Ferran Sanz i Carreras
Joan Marc Carbó i Arnau
Conchi Sánchez Asensio

Asesoramiento de la versión electrónica

Antonio Bulbena Vilarrasa
Profesor titular de Psiquiatría
Jefe de Servicio de Psiquiatría
UDIMAS, Hospital del Mar (Barcelona).
Dtor. Centro de Investigaciones Psiquiátricas
H.Hospitalarias. Sagrado Corazón.

Comité Elaborador del DSM-IV

ALLEN FRANCES, M.D.

Presidente

HAROLD ALAN PINCUS, M.D.

Vicepresidente

MICHAEL B. FIRST, M.D.

Director, texto y criterios

Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.

David H. Barlow, Ph.D.

Magda Campbell, M.D.

Dennis P. Cantwell, M.D.

Ellen Frank, Ph.D.

Judith H. Gold, M.D.

John Gunderson, M.D.

Robert E. Hales, M.D.

Kenneth S. Kendler, M.D.

David J. Kupfer, M.D.

Michael R. Liebowitz, M.D.

Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.

Peter E. Nathan, Ph.D.

Roger Peele, M.D.

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

A. John Rush, M.D.

Chester W. Schmidt, M.D.

Marc Alan Schuckit, M.D.

David Shaffer, M.D.

Robert L. Spitzer, M.D., *Consejero Especial*

Gary J. Tucker, M.D.

B. Timothy Walsh, M.D.

Thomas A. Widiger, Ph.D.,

Coordinador de Investigación

Janet B. W. Williams, D.S.W.

John C. Urbaitis, M.D., *Coordinador del Comité*

James J. Hudziak, M.D.,

(1990-1993) Miembro Residente

Junius Gonzales, M.D.,

(1988-1990) Miembro Residente

Ruth Ross, M.A.,

Director Científico

Nancy E. Vettorello, M.U.P.,

Coordinador Administrativo

Wendy Wakefield Davis, Ed.M.,

Coordinador Editorial

Cindy D. Jones,

Ayudante Administrativo

Nancy Sydnor-Greenberg, M.A.,

Consultor Administrativo

Myriam Kline, M.S.,

Coordinador en los Ensayos de Campo

James W. Thompson, M.D., M.P.H.,

Coordinador en los Estudios con Vídeo

Grupo de trabajo para los trastornos de ansiedad

Michael R. Liebowitz, M.D., <i>Presidente</i>	Jonathan Davidson, M.D.
David H. Barlow, Ph.D., <i>Vicepresidente</i>	Edna Foa, Ph.D.
James C. Ballenger, M.D.	Abby Fyer, M.D.

Grupo de trabajo para el delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

Gary J. Tucker, M.D. <i>Presidente</i>	Gary Lloyd Gottlieb, M.D.
Michael Popkin, M.D. <i>Vicepresidente</i>	Igor Grant, M.D.
Eric Douglas Caine, M.D.	Benjamin Liptzin, M.D.
Marshall Folstein, M.D.	

Grupo de trabajo para los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

David Shaffer, M.D., <i>Copresidente</i>	Benjamin Lahey, Ph.D.
Magda Campbell, M.D., <i>Copresidente</i>	Rolf Loeber, Ph.D.
Susan J. Bradley, M.D.	Jeffrey Newcorn, M.D.
Dennis P. Cantwell, M.D.	Rhea Paul, Ph.D.
Gabrielle A. Carlson, M.D.	Judith H. L. Rapoport, M.D.
Donald Jay Cohen, M.D.	Sir Michael Rutter, M.D.
Barry Garfinkel, M.D.	Fred Volkmar, M.D.
Rachel Klein, Ph.D.	John S. Werry, M.D.

Grupo de trabajo para los trastornos de la conducta alimentaria

B. Timothy Walsh, M.D., <i>Presidente</i>	James Mitchell, M.D.
Paul Garfinkel, M.D.	G. Terence Wilson, Ph.D.
Katherine A. Halmi, M.D.	

Grupo de trabajo para los trastornos del estado de ánimo

A. John Rush, M.D., <i>Presidente</i>	David Dunner, M.D.
Martin B. Keller, M.D., <i>Vicepresidente</i>	Ellen Frank, Ph.D.
Mark S. Bauer, M.D.	Donald F. Klein, M.D.

Grupo de trabajo para el sistema multiaxial

Janet B. W. Williams, D.S.W., <i>Presidente</i>	Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D. Roger Peele, M.D.
Howard H. Goldman, M.D., Ph.D., <i>Vicepresidente</i>	Stephen Setterberg, M.D. Andrew Edward Skodol II, M.D.
Alan M. Gruenberg, M.D.	

Grupo de trabajo para los trastornos de la personalidad

John Gunderson, M.D., <i>Presidente</i>	Theodore Millon, Ph.D.
Robert M. A. Hirschfeld, M.D., <i>Vicepresidente</i>	Bruce Pfohl, M.D. Tracie Shea, Ph.D.
Roger Blashfield, Ph.D.	Larry Siever, M.D.
Susan Jean Fiestler, M.D.	Thomas A. Widiger, Ph.D.

Grupo de trabajo para el trastorno disfórico premenstrual

Judith H. Gold, M.D., <i>Presidente</i>	Sally Severino, M.D.
Jean Endicott, Ph.D.	Nada Logan Stotland, M.D.
Barbara Parry, M.D.	Ellen Frank, Ph.D., <i>Consultor</i>

Grupo de trabajo para los trastornos psiquiátricos de naturaleza mixta (trastornos adaptativos, disociativos, facticios, de control de impulsos y somatomorfos, y factores psicológicos que afectan al estado físico)

Robert E. Hales, M.D., <i>Presidente</i>	Ronald L. Martin, M.D.
C. Robert Cloninger, M.D., <i>Vicepresidente</i>	Katharine Anne Phillips, M.D. David Spiegel, M.D.
Jonathan F. Borus, M.D.	Alan Stoudemire, M.D.
Jack Denning Burke, Jr., M.D., M.P.H.	James J. Strain, M.D.
Joe P. Fagan, M.D.	Michael G. Wise, M.D.
Steven A. King, M.D.	

Grupo de trabajo para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D., <i>Presidente</i>	Samuel Keith, M.D. Kenneth S. Kendler, M.D.
John M. Kane, M.D., <i>Vicepresidente</i>	Thomas McGlashan, M.D.

Grupo de trabajo para los trastornos sexuales

Chester W. Schmidt, M.D., <i>Presidente</i>	Taylor Seagraves, M.D.
Raul Schiavi, M.D.	Thomas Nathan Wise, M.D.
Leslie Schover, Ph.D.	

Grupo de trabajo para los trastornos del sueño

David J. Kupfer, M.D., <i>Presidente</i>	Roger Peele, M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D., <i>Vicepresidente</i>	Quentin Regestein, M.D.
Daniel Buysse, M.D.	Michael Sateia, M.D.
	Michael Thorpy, M.D.

Grupo de trabajo para los trastornos relacionados con sustancias

Marc Alan Schuckit, M.D., <i>Presidente</i>	Thomas Crowley, M.D.
John E. Helzer, M.D., <i>Vicepresidente</i>	Peter E. Nathan, Ph.D.
Linda B. Cottler, Ph.D.	George E. Woody, M.D.

Comité para la valoración y el diagnóstico psiquiátrico

Layton McCurdy, M.D., <i>Presidente</i> (1987-1994)	Daniel J. Luchins, M.D., <i>Consultor</i> (1987-1991)
Kenneth Z. Altshuler, M.D. (1987-1992)	Katharine Anne Phillips, M.D., <i>Consultor</i> (1992-1994)
Thomas F. Anders, M.D. (1988-1994)	Cynthia Pearl Rose, M.D., <i>Consultor</i> (1990-1994)
Susan Jane Blumenthal, M.D. (1990-1993)	Louis Alan Moench, M.D., <i>Enlace con la Asamblea (Assembly Liaison)</i> (1991-1994)
Leah Joan Dickstein, M.D. (1988-1991)	Steven K. Dobscha, M.D., <i>Residente (Resident Fellow)</i> (1990-1992)
Lewis J. Judd, M.D. (1988-1994)	Mark Zimmerman, M.D., <i>Residente (Resident Fellow)</i> (1992-1994)
Gerald L. Klerman, M.D. (†) (1988-1991)	
Stuart C. Yudofsky, M.D. (1992-1994)	
Jack D. Blaine, M.D., <i>Consultor</i> (1987-1992)	
Jerry M. Lewis, M.D., <i>Consultor</i> (1988-1994)	

Comité conjunto del Consejo y de la Asamblea de Distritos de la APA para el DSM-IV

Ronald A. Shellow, M.D., <i>Presidente</i>	Arthur John Farley, M.D.
Harvey Bluestone, M.D.	Carol Ann Bernstein, M.D.
Leah Joan Dickstein, M.D.	

Agradecimientos

El DSM-IV es fruto del trabajo en equipo. Más de 1.000 personas (y numerosas organizaciones profesionales) nos han ofrecido su ayuda para elaborar este documento. Los miembros del Comité Elaborador del DSM-IV se enumeran en la página IX; los componentes de los grupos de trabajo del DSM-IV en las páginas X-XII, y una lista de otros participantes en el apéndice K.

Debe atribuirse, pues, al grupo de expertos y a los miembros de los diferentes grupos de trabajo la mayor responsabilidad del contenido de este manual. Han trabajado con gran dedicación y ánimo, más duramente de lo que pensaban. Damos las gracias de manera especial a Bob Spitzer por su incansable esfuerzo y particular opinión. Norman Sartorius, Darrel Regier, Lewis Judd, Fred Goodwin y Chuck Kaelber nos han sido muy útiles gracias a la conexión entre la American Psychiatric Association y la Organización Mundial de la Salud, que ha permitido una mejora tanto del DSM-IV como de la CIE-10 e incrementado así su compatibilidad. Agradecemos asimismo a Robert Israel, Sue Meads y Amy Blum, del National Center for Health Statistics, y a Andrea Albaum-Feinstein, de la American Health Information Management Association, sus sugerencias en relación con el sistema de códigos. Denis Prager, Peter Nathan y David Kupfer nos han ayudado a confeccionar un método de reanálisis de los nuevos datos que ha contado con el apoyo de John D. and Catherine T. MacArthur Foundation.

Mucha gente perteneciente a la American Psychiatric Association merece especial reconocimiento. La sabiduría y especial gracia de Mel Sabshin hicieron que hasta los temas más aburridos se convirtieran en agradables. El American Psychiatric Association Committee on Psychiatric Diagnosis and Assessment (presidido por Layton McCurdy) proporcionó unas directrices y unos consejos muy valiosos. Quisiéramos también dar las gracias a los presidentes de la American Psychiatric Association (Dres. Fink, Pardes, Benedek, Hartmann, English y McIntyre) y a los portavoces de la Asamblea (Dres. Cohen, Flamm, Hanin, Pfaehler y Shellow) por su ayuda en la planificación de este manual. Asimismo, debe reseñarse la importante ayuda proporcionada por Carolyn Robinowitz y Jack White, y sus respectivos colaboradores de la American Psychiatric Association Medical Director's Office y la Business Administration Office.

Otras muchas personas también merecen ser citadas. Wendy Davis, Nancy Vettorello y Nancy Sydnor-Greenberg desarrollaron y proporcionaron una organización estructural que ha impedido que esta difícil tarea se nos fuera de las manos. Hemos tenido la suerte de contar con un eficiente equipo administrativo, entre quien cabe destacar a Elisabeth Fitzhugh, Willa Hall, Kelly McKinney, Gloria Miele, Helen Stayna, Sarah Tilly, Nina Rosenthal, Susan Mann, Joanne Mas y, especialmente, Cindy Jones. Ruth Ross, nuestra incansable escritora científica, ha sido la encargada de mejorar el estilo y la confección del DSM-IV. Myriam Kline (Research Coordinator for the NIH-funded DSM-IV Focused Field Trials), Jim Thompson (Research Coordinator for the MacArthur Foundation-funded Videotape Field Trial) y Sandy Ferris (Assistant Director for the Office of Research) han realizado también valiosas aportaciones y contribuciones. Agradecemos

XIV Agradecimientos

especialmente a Nina Rosenthal su ayuda durante la preparación de la versión internacional. Nos gustaría dar nuestro más sincero agradecimiento a todos los otros miembros de la American Psychiatric Association que nos han ayudado en este proyecto. Ron McMillen, Claire Reinburg, Pam Harley y Jane Davenport, de la American Psychiatric Press, nos han aportado, asimismo, su valiosa experiencia.

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

HAROLD ALAN PINCUS, M.D.
Vicepresidente, Comité Elaborador del DSM-IV

MICHAEL B. FIRST, M.D.
Director, Texto y Criterios del DSM-IV

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

Introducción

Ésta es la cuarta edición del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, el DSM-IV, de la American Psychiatric Association. La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Nuestra prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, esperamos que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos. Otro objetivo de este documento, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Hemos intentado asimismo que sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente.

Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos. Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. ej., investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares). Lo usan psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. El DSM-IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Afortunadamente, todos estos usos son compatibles.

El DSM-IV es producto de 13 grupos de trabajo (v. apéndice K), cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del grupo de trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran sólo las opiniones de sus miembros. Después de consultar de manera extensa con expertos y clínicos de cada materia, se seleccionó para el grupo de trabajo a aquellos miembros que representaran un amplio abanico de perspectivas y experiencias. Los miembros del grupo de trabajo aceptaron la idea de trabajar como grupo de consenso y no como abogados de los conceptos anteriores. Además, el grupo de trabajo debía seguir un proceso formal basado en las pruebas disponibles.

Los grupos de trabajo informaban al Comité Elaborador del DSM-IV (pág. IX), que constaba de 27 miembros, muchos de los cuales presidían asimismo algún grupo de trabajo. Cada uno de los 13 grupos de trabajo se componía de 5 (o más) miembros, cuyas opiniones eran analizadas por un grupo de entre 50 y 100 consejeros, escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones con el fin de proporcionar una guía conceptual y metodológica para la elaboración del

DSM-IV. Entre ellas, muchas han estado dedicadas a consultas entre los realizadores del DSM-IV y los de la CIE-10, con el fin de aumentar la compatibilidad entre los dos sistemas. Asimismo, han tenido lugar otras reuniones centradas en el papel de los factores culturales en el diagnóstico de las enfermedades mentales, en el diagnóstico geriátrico y en el diagnóstico psiquiátrico en los centros de asistencia primaria.

Con el fin de mantener líneas de comunicación extensas y abiertas, el Comité Elaborador del DSM-IV ha establecido contactos con muchos otros componentes de la American Psychiatric Association y con más de 60 organizaciones y asociaciones interesadas en la confección del DSM-IV (American Health Information Management Association, American Nurse's Association, American Occupational Therapy Association, American Psychoanalytic Association, American Psychological Association, American Psychological Society, Coalition for the Family, Group for the Advancement of Psychiatry, National Association of Social Workers, National Center for Health Statistics, World Health Organization). Hemos intentado discutir los temas y los datos empíricos al empezar el trabajo, para poder identificar potenciales problemas y diferencias de interpretación. Ha sido posible, asimismo, realizar intercambios de información mediante la distribución de un boletín informativo semianual (el *DSM-IV Update*), la publicación de una columna de manera regular en *Hospital and Community Psychiatry* y charlas en reuniones nacionales e internacionales, así como diversos artículos de revistas.

Dos años antes de la publicación del DSM-IV, el Comité Elaborador publicó y distribuyó ampliamente el *DSM-IV Options Book*. En este libro se incluía un resumen de las propuestas alternativas que se pensaban introducir en el manual, y se solicitaban opiniones y datos adicionales para su posterior deliberación. Recibimos una extensa correspondencia de gente interesada, que nos proporcionó información y recomendaciones sobre el impacto potencial de posibles cambios en el DSM-IV en la práctica clínica, la enseñanza, la investigación y el trabajo administrativo. Todo esto nos ayudó a prever problemas y a intentar hallar la mejor solución. Un año antes de la publicación de este manual se distribuyó un penúltimo borrador con el fin de permitir la última crítica.

En el momento de tomar las últimas decisiones, los grupos de trabajo y el Comité Elaborador revisaron todo el material y toda la correspondencia reunidos. Creemos que la mayor innovación del DSM-IV reside no en cualquiera de los cambios específicos realizados, sino en el proceso sistemático y explícito mediante el cual se elaboró. Más que cualquier otra nomenclatura de trastornos mentales, el DSM-IV está basado en la observación empírica.

Fundamentos históricos

A lo largo de la historia de la medicina ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización. Las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos dos milenios se han diferenciado en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. Algunos sistemas han incluido sólo unas cuantas categorías diagnósticas; otros han incluido miles. Es más, la diversidad ha diferido también en función de que su objetivo principal fuese clínico, de investigación o estadístico. Debido a que la historia de la clasificación es demasiado extensa para ser resumida aquí, nos ocuparemos únicamente de aquellos aspectos que han conducido directamente al desarrollo del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM) y a las secciones de «Trastornos mentales» en las diversas ediciones de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE).

En Estados Unidos el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico. Podría considerarse como el

primer intento oficial de reunir información sobre los trastornos mentales el registro de la frecuencia de una categoría, «idioticia/locura», en el censo de 1840. En el censo de 1880 se diferenciaron siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, pasesia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917 el Committee on Statistics of The American Psychiatric Association (en aquella época denominado American Medico-Psychological Association —el nombre se cambió en 1921—), junto con la National Commission on Mental Hygiene, diseñó un plan, adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales. A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era primordialmente una clasificación estadística. La American Psychiatric Association colaboró con la New York Academy of Medicine en la elaboración de una nomenclatura psiquiátrica aceptable para todo el país, para ser publicada en la primera edición de la American Medical Association's Standard Classified Nomenclature of Disease. Esta nomenclatura fue creada básicamente para diagnosticar a pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves.

Más adelante, el ejército de Estados Unidos confeccionó una nomenclatura mucho más amplia (modificada por la Veterans Administration) para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial (p. ej., trastornos agudos, psicofisiológicos y de la personalidad). Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la sexta edición de la CIE, que por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales. Este documento de la OMS estuvo muy influido por la nomenclatura de la Veterans Administration e incluyó 10 categorías para las psicosis, 9 para las psiconeurosis y 7 para los trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.

El American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders* (DSM-I). El DSM-I consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. El uso del término «reacción» en el DSM-I reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer, por la que los trastornos mentales representan reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

En parte debido a la poca aceptación de la taxonomía de los trastornos mentales contenida en la CIE-6 y la CIE-7, la OMS patrocinó una revisión de los sistemas diagnósticos que llevó a cabo el psiquiatra británico Stengel. Se puede afirmar que su trabajo ha inspirado muchos de los avances recientes en la metodología diagnóstica: muy especialmente su énfasis en la necesidad de explicitar definiciones como medio para realizar diagnósticos clínicos fiables. Sin embargo, la posterior revisión, que condujo al DSM-II y a la CIE-8, no siguió las recomendaciones de Stengel. El DSM-II fue similar al DSM-I, pero con la desaparición del término «reacción».

Al igual que el DSM-I y el DSM-II, la confección del DSM-III se llevó a cabo junto a la elaboración de la CIE-9 (se publicó en 1975 y se puso en práctica en 1978); su realización empezó en 1974 y su publicación tuvo lugar en 1980. El DSM-III introdujo una serie de importantes innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas. Este esfuerzo fue facilitado por el extenso trabajo empírico, realizado en aras a la construcción y validación de los criterios diagnósticos y al desarrollo de entrevistas semiestructuradas. La CIE-9 no incluía criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial, ya que su función primordial era establecer categorías con la finalidad de hacer más fácil la recogida de datos estadísticos referentes a la salud pública. Por el contrario, el DSM-III se confeccionó con el objetivo adicional de proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores. Debido al desencanto producido por la ausencia de especificidad de la CIE-9, se tomó la decisión de llevar a cabo una extensa modificación para su uso en Estados Unidos, convirtiéndose en CIE-9-MC (modificación clínica).

El uso del DSM-III constató una serie de inconsistencias en el sistema y un número de casos en los que los criterios diseñados no eran del todo claros. Por ello, la American Psychiatric Asso-

ciation sugirió a un grupo de trabajo que revisara el DSM-III y realizara las oportunas correcciones y modificaciones, con lo que se obtuvo el DSM-III-R, publicado en 1987.

Proceso de revisión del DSM-IV

La tercera edición del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES ha representado un gran avance en el diagnóstico de los trastornos mentales y ha facilitado mucho la investigación empírica. La creación del DSM-IV se ha beneficiado del sustancial aumento de la investigación en el diagnóstico, generado por el DSM-III y el DSM-III-R. La mayoría de los diagnósticos poseen ya literatura empírica o datos disponibles a la hora de tomar decisiones relevantes en la revisión de este manual diagnóstico. El Comité Elaborador del DSM-IV y los grupos de trabajo han efectuado un proceso empírico a tres niveles, que ha incluido: 1) revisiones sistemáticas de la literatura hasta ahora publicada, 2) reanálisis de los datos ya recogidos y 3) estudios de campo.

Revisión de la literatura

Con el fin de establecer un procedimiento sistemático para buscar, extraer, agregar e interpretar datos de manera objetiva y completa, se patrocinaron dos reuniones. La tarea inicial de cada uno de los grupos de trabajo del DSM-IV fue identificar los temas más pertinentes correspondientes a cada diagnóstico y determinar los tipos de datos empíricos para su resolución. Se asignó a un miembro o consejero de cada uno de los grupos de trabajo la responsabilidad de llevar a cabo una revisión sistemática y extensa de la literatura, que sirviera para esclarecer el tema y al mismo tiempo se usara en el texto del DSM-IV. Los campos considerados para tomar decisiones fueron la utilidad clínica, la fiabilidad, la validez descriptiva, las características psicométricas de cada criterio individual y un buen número de variables validadas.

La revisión de la literatura se centró en: 1) los temas relacionados con la descripción clínica y los criterios diagnósticos, así como su significación con respecto al DSM-IV; 2) el método de revisión (incluyendo la manera de detectar estudios relevantes, el número de estudios a considerar, los criterios de inclusión y exclusión, y las variables catalogadas en cada estudio); 3) los resultados de la revisión (con un resumen descriptivo de los estudios sobre metodología, diseño, correlatos de los hallazgos, hallazgos relevantes y sus análisis), y 4) las opciones para aclarar los temas, las ventajas e inconvenientes de cada opción, las recomendaciones y las sugerencias para llevar a cabo más investigaciones, siempre que fueran necesarias para llegar a una resolución concluyente.

El objetivo de la revisión de la literatura ha sido el de proporcionar información amplia y no sesgada, y asegurar que el DSM-IV contenga la mejor literatura clínica y de investigación actualmente disponible. Por esta razón se emplearon búsquedas sistemáticas mediante ordenador y revisiones críticas (realizadas por amplios grupos de consejeros) para asegurar que la literatura era la adecuada y que la interpretación de los resultados estaba justificada. Se solicitó a aquellas personas que no estaban muy de acuerdo con las conclusiones de la revisión que dieran su opinión al respecto. Las revisiones se analizaban muchas veces, para obtener un resultado lo más exacto y equilibrado posible. Debe reseñarse que para algunos temas encargados a los grupos de trabajo del DSM-IV, especialmente aquellos de naturaleza más conceptual o con información insuficiente, la revisión de la literatura empírica fue de utilidad limitada. A pesar de estas limitaciones, las revisiones servían para documentar el apoyo empírico y la base racional de las decisiones tomadas por los grupos de trabajo del DSM-IV.

Reanálisis de datos

Cuando la revisión de la literatura revelaba una ausencia de pruebas (o pruebas discordantes) en la resolución de un tema cualquiera, se hacía uso muy a menudo de dos recursos adicionales —reanálisis de datos y estudios de campo— para poder tomar decisiones. El análisis de datos relevantes no publicados ha sido posible gracias a una subvención de la John D. and Catherine T. MacArthur Foundation a la American Psychiatric Association. La mayoría de los 40 reanálisis de datos realizados para el DSM-IV supusieron la colaboración de varios investigadores de diferentes lugares. Estos investigadores sometieron conjuntamente sus datos a las preguntas realizadas por los grupos de trabajo concernientes a los criterios incluidos en el DSM-III-R o a los que pudieran incluirse en el DSM-IV. El reanálisis de datos también ha hecho posible la confección de diversos tipos de criterios, probados posteriormente en los estudios de campo del DSM-IV. A pesar de que la mayoría de las series de datos utilizados en los reanálisis se extrajeron de estudios epidemiológicos, clínicos o terapéuticos, resultaron de gran utilidad para aclarar los problemas nosológicos con los que se enfrentaron los grupos de trabajo del DSM-IV.

Estudios de campo

El National Institute of Mental Health (NIMH), en colaboración con el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), han patrocinado 12 de los estudios de campo. Estos estudios han permitido a los grupos de trabajo comparar opciones alternativas y estudiar el posible impacto de los cambios sugeridos. Los estudios de campo han comparado el DSM-III, el DSM-III-R y la CIE-10, y han propuesto una serie de criterios para el DSM-IV (en 5-10 lugares diferentes por cada estudio y con aproximadamente 100 individuos cada uno). Se seleccionó a individuos representativos de grupos de diferente ámbito sociocultural y étnico con el fin de establecer una generalización de los resultados y probar algunos de los más complicados aspectos del diagnóstico diferencial. Los 12 estudios de campo incluyeron más de 70 lugares y evaluaron a más de 6.000 individuos. Se recogió información sobre la fiabilidad y funcionamiento de cada criterio, así como de los puntos específicos de cada uno de ellos. Este tipo de estudio fue de utilidad también para salvar la frontera entre la investigación y la práctica clínicas, determinando cómo se aplican en la práctica los cambios derivados de la investigación.

Criterios para los cambios

A pesar de que ha sido imposible establecer criterios absolutos e infalibles sobre cuándo realizar cambios, algunos principios han servido de guía. El umbral para realizar revisiones ha sido más alto para el DSM-IV que para el DSM-III y el DSM-III-R. Las decisiones tenían que estar justificadas mediante una base racional y una revisión sistemática de datos empíricos relevantes. Para aumentar la utilidad clínica y el uso del DSM-IV, se han simplificado y clarificado los tipos de criterios, siempre que haya podido justificarse mediante datos empíricos. Se ha intentado establecer el mayor equilibrio posible entre la tradición histórica (centrada en el DSM-III y el DSM-III-R), la compatibilidad con la CIE-10, las pruebas suministradas por la revisión de la literatura, los análisis de los datos no publicados, los resultados de los estudios de campo y el consenso sobre cada tema. Aunque la cantidad de pruebas requeridas para respaldar los cambios ha sido mayor, hubo muchas variaciones de unas enfermedades a otras, ya que el fundamento empírico para las decisiones tomadas en el DSM-III y el DSM-III-R también ha variado.

Por sentido común, los grandes cambios para resolver problemas menores han requerido más pruebas que los cambios pequeños para solucionar problemas mayores. Se han recibido sugerencias para incluir nuevos diagnósticos en el DSM-IV. Quienes las proponían opinaban que los nuevos diagnósticos eran necesarios para mejorar la cobertura del sistema, ya que era importante incluir a grupos de individuos que no podían ser diagnosticados según el DSM-III-R o que, en el mejor de los casos, sólo podían ser clasificados en la categoría de «no especificados». Se decidió que, en general, se debían incluir nuevos diagnósticos en el sistema sólo después de que la investigación hubiera permitido su inclusión, y no para que su inclusión permitiera la investigación. Sin embargo, los diagnósticos incluidos en la CIE-10 gozaban de una mejor consideración que los recién acabados de proponer para el DSM-IV. El aumento de la utilidad marginal, claridad y cobertura proporcionado por los nuevos diagnósticos tenía que ser sopesado frente a los problemas y dificultades que significaba para el sistema, frente a la escasez de la documentación empírica, los posibles diagnósticos erróneos y el mal uso. No puede existir clasificación alguna de los trastornos mentales con un número suficiente de categorías específicas que abarquen todos y cada uno de los casos clínicos. Las categorías «no especificados» proporcionan una cobertura a los casos no infrecuentes que se hallan cerca de las definiciones categóricas específicas.

Fuentes del DSM-IV

La documentación ha sido la base fundamental de la realización del DSM-IV. El *DSM-IV Sourcebook*, publicado en cinco volúmenes, ha intentado proporcionar un registro de referencia amplio y conveniente, tanto clínico como de investigación, para las diversas conclusiones a las que han llegado los grupos de trabajo y el Comité Elaborador. Los tres primeros volúmenes del *Sourcebook* contienen versiones condensadas de las 150 revisiones de la literatura. El cuarto volumen consta de información sobre el reanálisis de datos, y el quinto aporta información sobre los estudios de campo y un resumen final de las bases racionales tenidas en cuenta a la hora de tomar las decisiones. Además, todo este esfuerzo estimuló la publicación de muchos trabajos que fueron de gran utilidad para el DSM-IV.

Relación con la CIE-10

La décima revisión de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud* (CIE-10), llevada a cabo por la OMS, se publicó en 1992, pero seguramente no tendrá un uso oficial en Estados Unidos hasta finales de los años noventa. Todas aquellas personas que han confeccionado la CIE-10 y el DSM-IV han trabajado en estrecho contacto para coordinar sus esfuerzos, lo cual ha dado lugar a una recíproca influencia. La CIE-10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Los códigos y los términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10 (apéndice G). Los borradores clínicos y de investigación de la CIE-10 han sido revisados por los grupos de trabajo del DSM-IV y han proporcionado temas importantes para las revisiones de la literatura y los reanálisis de datos. El borrador de las versiones de los criterios diagnósticos para la investigación de la CIE-10 se ha utilizado como alternativa de comparación en el DSM-III y en el DSM-III-R, y ha sugerido también una serie de criterios para los estudios de campo del DSM-IV. La enorme cantidad de consultas entre los autores del DSM-IV y de la CIE-10 (que fueron facilitadas por NIMH, NIDA y NIAAA) ha sido muy útil a la hora de aumentar la congruencia y reducir las diferencias poco significativas entre los términos de los dos sistemas.

Definición de *trastorno mental*

A pesar de que este volumen se titula MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, el término «trastorno mental» implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos «mentales» y «físicos» (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». El problema planteado por el término trastornos «mentales» ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo.

Es más, a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental». El término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción —como patología estructural (p. ej., colitis ulcerosa), forma de presentación de los síntomas (p. ej., migraña), desviación de la norma fisiológica (p. ej., hipertensión) y etiología (p. ej., neumonía neumocócica)—. Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

A pesar de estas consideraciones, la definición de *trastorno mental* del DSM-IV es la misma que la del DSM-III y la del DSM-III-R, ya que es tan útil como cualquier otra definición y, además, ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología, que deberían ser incluidas en el DSM-IV. En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Por esta razón, el texto del DSM-IV (al igual que el texto del DSM-III-R) evita el uso de expresiones como «un esquizofrénico» o «un alcohólico» y emplea las frases «un individuo con esquizofrenia» o «un individuo con dependencia del alcohol».

Uso del DSM-IV

Limitaciones del enfoque categorial

El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre

más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones del sistema de clasificación categorial.

En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico. En reconocimiento a la heterogeneidad de los casos clínicos, el DSM-IV incluye series de criterios politéticos, en los cuales sólo se necesita presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general (p. ej., el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad requiere sólo 5 de los 9 rasgos definitorios).

Algunos participantes en el proyecto sugirieron que la clasificación del DSM-IV se realizara siguiendo un modelo dimensional, a diferencia del DSM-III-R, que empleó un modelo categorial. El sistema dimensional clasifica los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos (más que en la asignación de categorías) y es de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos. A pesar de que este sistema aumenta la fiabilidad y proporciona mayor información clínica (ya que define atributos clínicos que pueden pasar desapercibidos en un sistema de categorías), posee serias limitaciones; por esta razón es menos útil para la práctica clínica y la investigación que el sistema de categorías. Las descripciones dimensionales numéricas resultan menos familiares y claras que los nombres de las categorías de los trastornos mentales. Es más, aún no existe acuerdo para la elección de las dimensiones óptimas que deben usarse para clasificar. Sin embargo, es posible que el aumento de la investigación y la familiaridad con los sistemas dimensionales conduzca a una mayor aceptación tanto como método de transmisión de la información como herramienta de investigación.

Juicio clínico

El DSM-IV es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica; no es aconsejable que los profesionales con escasa información y experiencia clínica hagan uso del manual. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina. Por ejemplo, el juicio clínico puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos (siempre que estos signos y síntomas persistan durante largo tiempo y no se consideren graves). Por otra parte, la falta de familiarización con el manual o su aplicación demasiado flexible o estricta disminuyen su utilidad como lenguaje habitual de comunicación.

Uso del DSM-IV en medicina forense

Cuando las categorías, los criterios y las definiciones contenidas en el DSM-IV se emplean en medicina forense, existe el riesgo de que la información se malinterprete o se emplee de manera incorrecta. Este peligro se produce por la discrepancia existente entre las cuestiones legales y el tipo de información contenida en el diagnóstico clínico. En la mayoría de las situaciones el diag-

nóstico clínico de un trastorno mental según el DSM-IV no basta para establecer la existencia, a nivel legal, de un «trastorno, discapacidad, enfermedad o defecto mentales». Para determinar si un individuo cumple un criterio legal específico (p. ej., competencia, responsabilidad criminal o discapacidad) se requiere información adicional, más allá de la contenida en el DSM-IV: debe incluir información sobre el deterioro funcional de la persona y cómo este deterioro afecta las capacidades particulares en cuestión. Es precisamente debido a la gran variabilidad que puede existir en el deterioro, las capacidades y las incapacidades correspondientes a cada categoría diagnóstica por lo que la asignación de un diagnóstico concreto no denota un grado específico de deterioro o discapacidad.

Las personas que toman decisiones de tipo no clínico deben saber que un diagnóstico determinado no conlleva implicaciones que tengan que ver con las causas del trastorno mental o con el deterioro asociado. La inclusión de un trastorno en la clasificación (como sucede generalmente en medicina) no requiere la existencia de una etiología conocida. Además, el hecho de que un individuo cumpla criterios del DSM-IV no conlleva implicación alguna respecto al grado de control que pueda tener sobre los comportamientos asociados al trastorno. Incluso cuando la falta de control sobre el comportamiento sea uno de los síntomas del trastorno, ello no supone que el individuo diagnosticado como tal sea (o fue) incapaz de controlarse en un momento determinado.

Debe decirse que el DSM-IV refleja el consenso sobre la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales, conseguido en el momento de la publicación inicial del manual. Los nuevos conocimientos generados por la investigación y la experiencia clínica conducirán indudablemente a una mayor comprensión de los trastornos incluidos en el manual, a la identificación de nuevas enfermedades y a la eliminación de otras en futuras clasificaciones. El texto y los tipos de criterios requerirán nuevas revisiones a medida que surjan nuevos datos y nuevos conocimientos.

El uso del DSM-IV en medicina forense debe realizarse teniendo en cuenta los riesgos y las limitaciones explicitadas anteriormente. Si se hace un uso correcto, el diagnóstico y la información diagnóstica pueden ser útiles para quienes hayan de tomar decisiones. Por ejemplo, cuando la presencia de un trastorno mental sea el motivo de un dictamen legal (p. ej., procesamiento civil involuntario), el uso de un sistema de diagnóstico determinado aumentará el valor y la fiabilidad de este dictamen. Por ser un compendio basado en la revisión de la literatura clínica y de investigación, el DSM-IV puede facilitar el correcto entendimiento de los rasgos relevantes de los trastornos mentales a las personas que toman decisiones legales. La literatura de este tipo sirve también de control sobre las especulaciones no fundamentadas de los trastornos mentales y del modo de actuar del individuo. Por último, la información diagnóstica de tipo longitudinal puede mejorar la toma de decisiones cuando el problema legal concierne al funcionamiento mental de la persona, bien en el pasado o en el futuro.

Consideraciones étnicas y culturales

Se ha hecho un importante esfuerzo en la preparación del DSM-IV para que el manual pueda usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural (tanto dentro como fuera de Estados Unidos). Los médicos visitan diariamente a personas de diferentes grupos étnicos y culturales (incluidos inmigrantes). La valoración diagnóstica puede constituir un reto cuando un clínico de un grupo étnico determinado usa el DSM-IV para evaluar a un paciente de otro grupo étnico. Un médico que no esté familiarizado con los matices culturales de un individuo puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento, de las creencias y de la experiencia que son habituales en su cultura. Por ejemplo, ciertas prácticas religiosas o creencias (p. ej., escuchar o ver a un familiar fallecido durante el duelo) pueden diagnosticarse como manifestaciones de un trastorno psicótico. Aplicar los criterios para el trastorno de la personalidad en

diversas culturas puede ser extremadamente difícil debido a la amplia variación cultural del concepto del «yo», de los estilos de comunicación y de los mecanismos de afrontamiento.

El DSM-IV consta de tres tipos de información relacionada con aspectos culturales: 1) una discusión sobre las variantes culturales de las presentaciones clínicas de los trastornos incluidos en el DSM-IV; 2) una descripción de los síndromes relacionados con la cultura no incluidos en el DSM-IV (se incluyen en el apéndice J), y 3) directrices diseñadas para ayudar al clínico a evaluar y a documentar de manera sistemática el impacto del contexto cultural del individuo (v. también apéndice J).

La amplia aceptación internacional del DSM indica que esta clasificación es una herramienta muy útil para identificar los trastornos mentales tal y como son padecidos por los individuos de todo el mundo. Sin embargo, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. Con el fin de facilitar su aplicación a personas de diversas culturas y etnias, el DSM-IV consta de un nuevo apartado dedicado a los rasgos ligados a la cultura. Este apartado describe cómo los aspectos culturales afectan al contenido y a la forma de presentación del síntoma (p. ej., trastornos depresivos caracterizados por una preponderancia de síntomas somáticos más que por tristeza), da a conocer también qué términos son preferidos para definir el malestar y aporta información sobre la prevalencia del trastorno (cuando es posible).

El segundo tipo de información cultural que se proporciona son los «síndromes relacionados con la cultura», descritos en una o algunas sociedades. El DSM-IV da a conocer dos maneras para facilitar el reconocimiento de estos síndromes: 1) algunos son incluidos como ejemplos separados en la categoría «no especificados» (p. ej., amok, ataque de nervios), y 2) se ha confeccionado un apéndice de estos síndromes (apéndice J) que engloba el nombre de la enfermedad, las culturas en las que se ha descrito y una breve descripción de la psicopatología.

Con el fin de aumentar la aplicabilidad del DSM-IV entre las diferentes culturas, se ha confeccionado un apartado específico sobre cultura, en el que se incluye un glosario de síndromes relacionado con ésta y las directrices apropiadas para su comprensión. Es de esperar que estos nuevos aspectos permitan detectar con más sensibilidad el modo en que estos trastornos mentales se manifiestan en las diferentes culturas, reduciendo así el posible sesgo ocasionado por la formación cultural del clínico.

Uso del DSM-IV en la elección del tratamiento

Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM-IV.

Distinción entre trastorno mental y enfermedad médica

Los términos «trastorno mental» y «enfermedad médica» se usan ampliamente a través de todo el manual. El término «trastorno mental» se ha explicado antes. El término «enfermedad médica» se usa como expresión para denominar enfermedades y trastornos que se encuentran fuera del capítulo de «trastornos mentales y del comportamiento» de la CIE. Hay que subrayar que éstos son sólo términos de conveniencia y, por tanto, no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. De igual modo, sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales.

Organización del manual

El manual se inicia con las instrucciones para su uso (pág. 1), seguidas por la Clasificación DSM-IV (v. págs. 13-24), que proporciona una lista sistemática de los códigos y categorías. A continuación se describe el sistema multiaxial para el diagnóstico (v. págs. 27-37) y los criterios diagnósticos de cada trastorno acompañados por un texto descriptivo (págs. 39-703). Por último, el manual incluye 11 apéndices.

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

Procedimientos de codificación y recogida de información

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) y a 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. 13-25); 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 en el apéndice G (págs. 827-839); 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 tóxicos), 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 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.

La utilización de códigos diagnósticos es fundamental para la recopilación de información médica. La codificación de diagnósticos facilita la recogida de datos y la recuperación y compilación de información estadística. Con frecuencia también se requiere de los códigos que faciliten la comunicación de datos diagnósticos a terceras partes interesadas, incluyendo instituciones gubernamentales, aseguradoras privadas y la Organización Mundial de la Salud.

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., F00.01 Demencia tipo Alzheimer, con inicio precoz, con alucinaciones [290.12]) 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 diagnósticos 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 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. pág. 2).

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. 35) o no axial (v. pág. 37). 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 radicarán 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 estipulados para estudios posteriores»), en cuyo caso se hace constar la página del apéndice B que incluye los criterios de investigación que se sugieren.
- 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).

Modos de indicar la incertidumbre diagnóstica

La tabla siguiente indica los distintos modos en que un clínico puede indicar incertidumbre en el diagnóstico:

Término	Ejemplos de situaciones clínicas
Códigos Z (otros problemas que pueden ser objetivo de atención clínica) (códigos V para CIE-9-MC)	Información insuficiente para saber si el problema que se manifiesta es atribuible o no a un trastorno mental, por ejemplo, problema académico; conducta antisocial adulta
R69 Diagnóstico o trastorno aplazado en el Eje I [799.9]	Información inadecuada para formular cualquier juicio diagnóstico sobre un diagnóstico o estado del Eje I
R46.8 Diagnóstico aplazado en el Eje II [799.9]	Información inadecuada para formular cualquier juicio diagnóstico sobre un diagnóstico del Eje II

Término	Ejemplos de situaciones clínicas
F99 Trastorno mental no especificado (no psicótico [300.9])	Se dispone de información suficiente para descartar un trastorno psicótico, pero no es posible una mayor especificación
F29 Trastorno psicótico no especificado [298.9]	Se dispone de información suficiente para determinar la presencia de un trastorno psicótico, pero no es posible una mayor especificación
(Clase de trastorno) no especificado, por ejemplo, trastorno depresivo no especificado	Se dispone de suficiente información para indicar la clase de trastorno, pero no es posible una mayor especificación, sea porque no hay suficiente información para formular un diagnóstico más específico, sea porque las características clínicas del trastorno no cumplen los criterios de ninguna de las categorías específicas de esta clase
(Diagnóstico específico) (provisional), por ejemplo, trastorno esquizofreniforme (provisional)	Se dispone de información suficiente para formular un diagnóstico «de trabajo», pero el clínico desea indicar un grado significativo de incertidumbre diagnóstica

Crterios de uso frecuente

Crterios utilizados para excluir otros diagnósticos y sugerir diagnósticos diferenciales

La mayor parte de los conjuntos de criterios presentados en este manual incluyen criterios de exclusión necesarios para establecer límites entre distintos trastornos y para clarificar diagnósticos diferenciales. Los distintos términos utilizados para describir los criterios de exclusión a lo largo del DSM-IV reflejan los diferentes tipos de relaciones posibles entre trastornos:

- **«Nunca ha cumplido criterios para...».** Se utiliza este criterio de exclusión para definir una jerarquía entre distintos trastornos a lo largo de la vida. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno depresivo mayor ya no puede formularse una vez ha ocurrido un episodio maníaco, por lo que debe sustituirse por un diagnóstico de trastorno bipolar I.
- **«No cumple criterios para...».** Se utiliza este criterio de exclusión a fin de establecer una jerarquía entre trastornos (o subtipos) definidos transversalmente. Por ejemplo, especificación «con síntomas melancólicos» tiene prioridad sobre «con síntomas atípicos» al describir el episodio depresivo mayor actual.
- **«No aparece exclusivamente en el transcurso de...».** Este criterio de exclusión evita que un trastorno sea diagnosticado cuando su presentación sintomática sólo se produce durante el curso de otro trastorno. Por ejemplo, no se diagnostica por separado una demencia si sólo aparece durante un delirium; no se diagnostica por separado un trastorno de conversión si sólo aparece durante un trastorno por somatización; no se diagnostica por separado una bulimia nerviosa si sólo aparece durante episodios de anorexia nerviosa. Habitualmente, este criterio de exclusión se utiliza en situaciones donde los síntomas de un trastorno son características asociadas o un subconjunto de los síntomas del trastorno principal. El clínico debe

considerar los períodos de remisión parcial como una parte del «curso de otro trastorno». Debe tenerse en cuenta que el diagnóstico excluido puede atribuirse en aquellas ocasiones en que ocurra independientemente (p. ej., cuando el trastorno excluyente está en remisión total).

- **«No se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una sustancia psicoactiva, una medicación) o a una enfermedad médica».** Se utiliza este criterio de exclusión para indicar que debe considerarse y descartarse una etiología médica general o inducida por sustancias antes de diagnosticar el trastorno (p. ej., sólo puede diagnosticarse un trastorno depresivo mayor tras haber descartado etiologías basadas en abuso de sustancias o en una enfermedad médica).
- **«No se explica mejor por...».** Se utiliza este criterio de exclusión para indicar que los trastornos mencionados en el criterio deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la psicopatología en cuestión y que, en casos limítrofes, será necesario el juicio clínico para determinar qué trastorno da lugar al diagnóstico más adecuado. En estos casos, debe consultarse el apartado «Diagnóstico diferencial» del texto correspondiente a los trastornos implicados.

Existe el acuerdo general de que el DSM-IV debe permitir la atribución de diagnósticos múltiples a aquellos cuadros clínicos que cumplan criterios de más de un trastorno DSM-IV. Hay tres situaciones en las que los criterios de exclusión antes mencionados ayudan a establecer una jerarquía diagnóstica (y así evitan diagnósticos múltiples) o a subrayar consideraciones diagnósticas diferenciales (y así descartar los diagnósticos múltiples):

- Cuando un trastorno mental debido a una enfermedad médica o a una sustancia es responsable de los síntomas, se otorga prioridad al diagnóstico del trastorno primario correspondiente con los mismos síntomas (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína es prioritario a trastorno depresivo mayor). En tales casos, en el conjunto de criterios correspondientes al trastorno primario se incluye un criterio de exclusión con la frase «no se debe a los efectos fisiológicos directos de...».
- Cuando un trastorno más generalizado (p. ej., esquizofrenia) incluye entre sus síntomas definitorios (o síntomas asociados) los que son síntomas definitorios de un trastorno menos generalizado (p. ej., trastorno distímico), en el conjunto de criterios del trastorno menos generalizado aparece uno de los tres siguientes criterios de exclusión, indicando que sólo se diagnostica el trastorno más generalizado: «nunca ha cumplido criterios para...», «no cumple criterios para...», «no aparece exclusivamente en el transcurso de...».
- Cuando existen límites diagnósticos diferenciales particularmente difíciles, se incluye la frase «no se explica mejor por...» para indicar que se precisa del juicio clínico para determinar qué diagnóstico es más apropiado. Por ejemplo, el trastorno por angustia con agorafobia incluye el criterio «no se explica mejor por la presencia de fobia social», y la fobia social incluye el criterio «no se explica mejor por la presencia de un trastorno por angustia con agorafobia» reconociendo el hecho de que en este caso existe una frontera particularmente difícil entre ambos trastornos. En algunos casos ambos diagnósticos son apropiados.

Criterios para los trastornos por consumo de sustancias

Con frecuencia, es difícil determinar si la sintomatología observada está inducida por una sustancia, esto es, si se trata de la consecuencia fisiológica directa de una intoxicación o abstinencia de sustancias, el uso de una medicación o la exposición a un tóxico. En un intento por proporcionar alguna ayuda al formular esta determinación, a cada uno de los trastornos por consumo de sus-

tancias se han añadido los dos criterios que se reproducen más adelante. Se entiende que estos criterios proporcionan directrices generales, pero al mismo tiempo permiten que el juicio clínico intervenga en la determinación de si los síntomas presentes están mejor explicados o no por los efectos fisiológicos directos de la sustancia en cuestión. Para un mayor análisis de este tema, véase la página 198.

- B. Partiendo de los antecedentes, de la exploración física, o de los hallazgos de laboratorio, existen pruebas de (1) o (2):
- (1) los síntomas aparecen en el transcurso de una intoxicación o abstinencia de sustancias, o durante 1 mes después
 - (2) la medicación utilizada está relacionada etiológicamente con el trastorno.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno que no está inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas se explican mejor por un trastorno no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden el inicio del consumo de sustancias (o el uso de la medicación); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o bien resultan excesivos en relación con lo esperable dados el tipo, la duración o el volumen de la sustancia utilizada; o hay otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recurrentes no relacionados con sustancias).

Criterios para un trastorno mental debido a una enfermedad médica

El criterio citado después es necesario a fin de establecer el requisito etiológico de cada uno de los trastornos mentales debidos a una enfermedad médica (p. ej., trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo). Para un análisis más extenso de este tema, véase página 171.

Los antecedentes, la exploración física o los hallazgos de laboratorio demuestran que el trastorno es la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

Criterios de significación clínica

La definición de *trastorno mental* que consta en la introducción del DSM-IV requiere que haya deterioro o malestar clínicamente significativos. Para subrayar la importancia de la consideración de este hecho, las tablas de criterios de la mayoría de los trastornos incluyen un criterio de significación clínica (usualmente se dice «...causa malestar o deterioro clínicamente significativos en la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto»). Este criterio ayuda a establecer el umbral para diagnosticar un trastorno en casos donde su presentación sintomática (particularmente en sus formas más leves) no es inherentemente patológica y puede darse en individuos en quienes sería inapropiado un diagnóstico de «trastorno mental». Evaluar si este criterio se está cumpliendo, especialmente en términos de actividad, constituye un juicio clínico intrínsecamente difícil. Con frecuencia es preciso basarse en informaciones sobre la actividad del sujeto recabadas de la familia y de terceras personas (además de las procedentes del individuo).

Tipos de información que aparecen en el texto de DSM-IV

El texto del DSM-IV describe cada trastorno bajo los siguientes epígrafes: «Características diagnósticas», «Subtipos y/o especificaciones», «Procedimiento de tipificación», «Síntomas y trastornos asociados», «Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo», «Prevalencia», «Curso», «Patrón familiar» y «Diagnóstico diferencial». Cuando no hay información sobre una de estas secciones, no se incluye en el texto. En algunos casos, cuando varios trastornos específicos de un grupo de trastornos comparten características comunes, esta información se incluye en la información general del grupo.

Características diagnósticas. Esta sección clarifica los criterios diagnósticos y suele aportar ejemplos ilustrativos.

Subtipos y/o especificaciones. Esta sección proporciona definiciones y análisis breves referentes a los subtipos y/o especificaciones aplicables.

Procedimiento de tipificación. Esta sección aporta directrices para registrar el nombre del trastorno y seleccionar y registrar los códigos diagnósticos CIE-10 y CIE-9-MC adecuados. También incluye instrucciones para aplicar cualesquiera subtipos y/o especificaciones apropiados.

Síntomas y trastornos asociados. Esta sección suele subdividirse en tres partes:

- *Características descriptivas y trastornos mentales asociados.* Esta sección incluye ciertas características clínicas que se asocian frecuentemente al trastorno, pero que no se consideran esenciales para formular el diagnóstico. En algunos casos estas características fueron propuestas para ser incluidas como posibles criterios diagnósticos, pero resultaron insuficientemente sensibles o específicas para formar parte del conjunto final de criterios. En esta misma sección también se incluyen otros trastornos mentales asociados con el trastorno que está siendo analizado. Se especifica (cuando se sabe) si estos trastornos preceden, coinciden, o son consecuencias del trastorno en cuestión (p. ej., una demencia persistente inducida por alcohol es una consecuencia de una dependencia crónica del alcohol). Cuando se dispone de ella, también se incluye en esta sección información sobre factores predisponentes y complicaciones.
- *Hallazgos de laboratorio.* Esta sección proporciona información acerca de tres tipos de hallazgos de laboratorio que pueden asociarse al trastorno: 1) aquellos hallazgos de laboratorio asociados que se consideran «diagnósticos», por ejemplo, hallazgos polisomnográficos en algunos trastornos del sueño; 2) aquellos hallazgos de laboratorio asociados que no se consideran diagnósticos del trastorno, pero que han sido considerados anormales en grupos de individuos afectados del trastorno en comparación con sujetos de control, por ejemplo, volumen ventricular en la tomografía computarizada como un validador del constructo de esquizofrenia, y 3) aquellos hallazgos de laboratorio que se asocian a las complicaciones de un trastorno, por ejemplo, desequilibrios electrolíticos en individuos con anorexia nerviosa.
- *Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.* Esta sección incluye informaciones acerca de síntomas recogidos en la historia, o hallazgos observados durante la exploración física, que pueden tener significación diagnóstica pero que no son esenciales para el diagnóstico; por ejemplo, una erosión dental en una bulimia nerviosa. También se incluyen aquellos trastornos que se codifican al margen del capítulo de la CIE dedicado a «trastornos mentales y del comportamiento», pero que se asocian al trastorno en estudio. Al igual que en los trastornos mentales asociados, se especifica, si se conoce el tipo de asocia-

ción (p. ej., precede, coincide con, es una consecuencia de); por ejemplo, una cirrosis es una consecuencia de la dependencia del alcohol.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo. Esta sección suministra al clínico directrices sobre distintas variantes en la presentación del trastorno que pueden atribuirse a la situación cultural, el estadio de desarrollo (p. ej., infancia, niñez, adolescencia, madurez, ancianidad) o el sexo del sujeto. Esta sección también incluye información sobre tasas de prevalencia diferenciales relacionadas con el sexo, la edad y la cultura (p. ej., proporción por sexos).

Prevalencia. Esta sección proporciona los datos disponibles sobre prevalencia actual y a lo largo de la vida, incidencia y riesgo a lo largo de la vida. Estos datos se proporcionan en relación con diferentes situaciones (p. ej., comunidad, atención primaria, consultas externas de clínicas de salud mental y establecimientos de hospitalización psiquiátrica) cuando se dispone de tal información.

Curso. Esta sección describe los patrones típicos de presentación y evolución del trastorno a lo largo del tiempo. Contiene información sobre la *edad de inicio* y el *modo de inicio* (p. ej., súbito o insidioso) típicos del trastorno; *curso episódico* versus *continuo*: *episodio único* versus *recurrente*; *duración*, que caracteriza la longitud típica de la enfermedad y sus episodios; y *progresión*, que describe la tendencia general del trastorno a lo largo del tiempo (p. ej., estable, empeora, mejora).

Patrón familiar. Esta sección describe datos acerca de la frecuencia del trastorno entre parientes biológicos de primer grado comparándola con la frecuencia en la población general. También indica otros trastornos que tienden a aparecer más frecuentemente en los miembros de la familia de quienes sufren el trastorno en cuestión.

Diagnóstico diferencial. Esta sección analiza cómo diferenciar este trastorno de otros que cuentan con algunas características de presentación similares.

Plan de organización del DSM-IV

Los trastornos DSM-IV están agrupados en 16 clases diagnósticas principales (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad) y una sección adicional denominada «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica».

La primera sección está dedicada a «Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia». Esta división de la clasificación de acuerdo con la edad de presentación de un trastorno sólo está planteada por razones de conveniencia y no es absoluta. Aunque los trastornos incluidos en esta sección suelen ponerse de manifiesto por vez primera durante la infancia y la adolescencia, algunos sujetos diagnosticados con los trastornos que aparecen en la mencionada sección (p. ej., trastorno por déficit de atención con hiperactividad) pueden no ser objeto de atención clínica hasta la edad adulta. Además, no es raro que la infancia o la adolescencia sean la edad de inicio de diferentes trastornos incluidos en otras secciones (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno de ansiedad generalizada). Por consiguiente, los clínicos que trabajan primordialmente con niños y adolescentes deben familiarizarse con todo el manual, y quienes trabajan primordialmente con adultos deben familiarizarse con este apartado.

Las tres secciones siguientes —«Delirium, demencia y trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos», «Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica» y «Trastornos relacionados con sustancias»— fueron agrupadas conjuntamente en el DSM-III-R bajo el encabezamiento

to unitario de «Síndromes y trastornos mentales orgánicos». El término «trastorno mental orgánico» ya no se utiliza en el DSM-IV, puesto que implica incorrectamente que los otros trastornos mentales que aparecen en el manual carecen de base biológica. Al igual que en el DSM-III-R, estas secciones se sitúan en el manual antes de los restantes trastornos dada su prioridad en el diagnóstico diferencial (p. ej., las causas de un estado de ánimo depresivo relacionadas con sustancias deben descartarse antes de formular un diagnóstico de trastorno depresivo mayor). Para facilitar el diagnóstico diferencial, en estas secciones aparecen listas completas de trastornos mentales debidos a enfermedades médicas y a trastornos relacionados con sustancias, mientras que el texto y los criterios correspondientes a estos trastornos se han situado en las secciones diagnósticas correspondientes a los trastornos con los que comparten la fenomenología. Por ejemplo, el texto y los criterios del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica han sido incluidos en la sección «Trastornos del estado de ánimo».

El principio organizativo de todas las secciones restantes (excepto los trastornos adaptativos) consiste en agrupar trastornos en función de sus características fenomenológicas compartidas a fin de facilitar el diagnóstico diferencial. La sección «Trastornos adaptativos» está organizada de modo distinto puesto que tales trastornos han sido agrupados en función de su etiología común (p. ej., reacción desadaptativa a estrés). Por consiguiente, los trastornos adaptativos incluyen una amplia variedad de presentaciones clínicas heterogéneas (p. ej., trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno adaptativo con ansiedad, trastorno adaptativo con alteración del comportamiento).

Por fin, el DSM-IV incluye una sección dedicada a «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica».

El DSM-IV incluye 11 apéndices:

Apéndice A: Árboles de decisión para el diagnóstico diferencial. Este apéndice contiene seis árboles de decisión (para trastornos mentales debidos a una enfermedad médica, trastornos inducidos por sustancias, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos somatomorfos). Su objetivo reside en ayudar al clínico en el diagnóstico diferencial, así como en la comprensión de la estructura jerárquica de la clasificación DSM-IV.

Apéndice B: Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. Este apéndice contiene una serie de proposiciones sugeridas para su posible inclusión en el DSM-IV. Fue aportada una serie de textos breves y de criterios de investigación relacionados con los siguientes trastornos: trastorno posconmocional, trastorno neurocognoscitivo leve, abstinencia de cafeína, trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia, trastorno deteriorante simple, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno facticio por poderes, trastorno por trance disociativo, trastorno por atracciones, trastorno depresivo de la personalidad, trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, parkinsonismo inducido por neurolépticos, síndrome neuroléptico maligno, distonía aguda inducida por neurolépticos, acatisia aguda inducida por neurolépticos, discinesia tardía inducida por neurolépticos y temblor postural inducido por medicamentos. Además, se han incluido unas descripciones dimensionales alternativas de esquizofrenia y un Criterio B alternativo para el trastorno distímico. Finalmente, se hacen constar tres Ejes propuestos: Escala de mecanismos de defensa, Escala de evaluación global de la actividad relacional (EEGAR) y Escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL).

Apéndice C: Glosario de términos técnicos. Este apéndice contiene un glosario de definiciones de términos seleccionados para ayudar a los usuarios del manual en la aplicación de las tablas de criterios.

Apéndice D: Índice de modificaciones del DSM-IV. Este apéndice indica los principales cambios que, a partir del DSM-III-R, se han incluido en los términos y las categorías del DSM-IV.

Apéndice E: Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10). Este apéndice enumera los trastornos del DSM-IV (con sus códigos CIE-10) en orden alfabético. Ha sido incluido para facilitar la selección de códigos diagnósticos.

Apéndice F: Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10). Este apéndice enumera los trastornos DSM-IV (con sus códigos CIE-10) en orden numérico, según código. Ha sido incluido para facilitar el registro de términos diagnósticos.

Apéndice G: Clasificación DSM-IV con códigos CIE-9-MC. Al publicarse este manual (principios de 1994), el sistema de codificación oficial utilizado en Estados Unidos es la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, novena revisión, modificación clínica (CIE-9-MC).

Apéndice H: Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC). Este apéndice enumera los trastornos del DSM-IV (con sus códigos CIE-9-MC) en orden alfabético. Ha sido incluido para facilitar la selección de códigos diagnósticos.

Apéndice I: Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC). Este apéndice enumera los trastornos DSM-IV (con sus códigos CIE-9-MC) en orden numérico, según código. Ha sido incluido para facilitar el registro de términos diagnósticos.

Apéndice J: Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura. Este apéndice está dividido en dos secciones. La primera proporciona un esquema para la formulación cultural a fin de asistir al clínico al evaluar e informar sistemáticamente en lo que concierne al impacto del contexto cultural sobre un individuo concreto. La segunda sección es un glosario de síndromes dependientes de la cultura.

Apéndice K: Colaboradores del DSM-IV. Este apéndice enumera los nombres de los asesores y participantes en pruebas de campo, junto con otras personas y organizaciones que han contribuido a la confección del DSM-IV.

Clasificación DSM-IV con códigos CIE-10

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

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 (39)

RETARSO MENTAL (41)

Nota: Se codifican en el Eje II.

F70.9 Retraso mental leve (42)

F71.9 Retraso mental moderado (43)

F72.9 Retraso mental grave (43)

F73.9 Retraso mental profundo (43)

F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada (44)

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE (48)

F81.0 Trastorno de la lectura (50)

F81.2 Trastorno del cálculo (52)

F81.8 Trastorno de la expresión escrita (54)

F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado (56)

TRASTORNO DE LAS HABILIDADES MOTORAS (56)

F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación (56)

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN (58)

F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo (58)

F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (61)

F80.0 Trastorno fonológico (64)

F98.5 Tartamudeo (66)

F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado (69)

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (69)

F84.0 Trastorno autista (69)

F84.2 Trastorno de Rett (75)

F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (77)

F84.5 Trastorno de Asperger (79)

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (82)

TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR (82)

- .- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (82)
- 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 (89)
- F91.8 Trastorno disocial (90)
Especificar tipo: De inicio infantil/de inicio adolescente
- F91.3 Trastorno negativista desafiante (96)
- F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado (99)

TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ (99)

- F98.3 Pica (99)
- F98.2 Trastorno de rumiación (101)
- F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (103)

TRASTORNOS DE TICS (105)

- F95.2 Trastorno de la Tourette (107)
- F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos (109)
- F95.0 Trastorno de tics transitorios (110)
Especificar si: Episodio único/recidivante
- F95.9 Trastorno de tics no especificado (111)

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN (111)

- .- Encopresis (111)
- 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 una enfermedad médica) (114)
Especificar tipo: Sólo nocturna/sólo diurna/nocturna y diurna

OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA (116)

- F93.0 Trastorno de ansiedad por separación (116)
Especificar si: De inicio temprano
- F94.0 Mutismo selectivo (120)
- F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (122)
 - .1 Tipo inhibido
 - .2 Tipo desinhibido
- F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados (125)
Especificar si: Con comportamientos autolesivos
- F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado (128)

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos (129)**DELIRIUM (130)**

- F05.0 Delirium debido a... (*Indicar enfermedad médica (en vez de código F05.1 si hay demencia superpuesta)*) (133)
- .- Delirium inducido por sustancias (*consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas*) (135)
- .- Delirium por abstinencia de sustancias (*consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas*) (135)
- .- Delirium debido a múltiples etiologías (*codificar cada etiología específica*) (138)
- F05.9 Delirium no especificado (139)

DEMENCIA (139)

- F00.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano (*codificar también G30.0 Enfermedad de Alzheimer, de inicio temprano, en el Eje III*) (145)
- .00 No complicada

.01	Con ideas delirantes	<i>con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas</i>) (159)
.03	Con estado de ánimo depresivo	
F00.xx	Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío <i>(codificar también G30.1 Enfermedad de Alzheimer, de inicio tardío en el Eje III)</i> (145)	F02.8 Demencia debida a múltiples etiologías <i>(en lugar de código F00.2 Demencia mixta tipo Alzheimer y vascular)</i> (161)
.10	No complicada	F03 Demencia no especificada (162)
.11	Con ideas delirantes	TRASTORNOS AMNÉSICOS (162)
.13	Con estado de ánimo depresivo	F04 Trastorno amnésico debido a...
F01.xx	Demencia vascular (150)	<i>(indicar enfermedad médica)</i> (165)
.80	No complicada	<i>Especificar si:</i> Transitorio/crónico
.81	Con ideas delirantes	—.- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias
.83	Con estado de ánimo depresivo	<i>(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)</i> (167)
F02.4	Demencia debida a enfermedad por VIH <i>(codificar también B22.0 Encefalopatía por VIH en el Eje III)</i> (154)	R41.3 Trastorno amnésico no especificado (169)
F02.8	Demencia debida a traumatismo craneal <i>(codificar también S06.9 Lesión cerebral en el Eje III)</i> (155)	OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS (169)
F02.3	Demencia debida a enfermedad de Parkinson <i>(codificar también G20 Enfermedad de Parkinson en el Eje III)</i> (155)	F06.9 Trastorno cognoscitivo no especificado (169)
F02.2	Demencia debida a enfermedad de Huntington <i>(codificar también G10 Enfermedad de Huntington en el Eje III)</i> (155)	
F02.0	Demencia debida a enfermedad de Pick <i>(codificar también G31.0 Enfermedad de Pick en el eje III)</i> (156)	
F02.1	Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob <i>(codificar también A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en el Eje III)</i> (156)	
F02.8	Demencia debida a... <i>(indicar enfermedad médica no enumerada antes) (codificar también la enfermedad médica en el Eje III)</i> (157)	
—.-	Demencia persistente inducida por sustancias <i>(consultar los trastornos relacionados</i>	
		Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados (171)
		F06.1 Trastorno catatónico debido a... <i>(indicar enfermedad médica)</i> (175)
		F07.0 Cambio de personalidad debido a... <i>(indicar enfermedad médica)</i> (176)
		<i>Especificar tipo:</i> Lábil/desinhibido/agresivo/apático/paranoide/otros tipos/combinado/inespecífico
		F09 Trastorno mental no especificado debido a... <i>(indicar enfermedad médica)</i> (179)
		Trastornos relacionados con sustancias (181)
		^a <i>Se pueden aplicar las siguientes especificaciones a la dependencia de sustancias:</i>
		<i>Especificar si:</i> 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

¹De inicio durante la intoxicación/²de inicio durante la abstinencia

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL (200)**Trastornos por consumo de alcohol**

- F10.2x Dependencia del alcohol¹ (201)
- F10.1 Abuso de alcohol (202)

Trastornos inducidos por alcohol

- F10.00 Intoxicación por alcohol (202)
- F10.3 Abstinencia de alcohol (203)
Especificar si: Con alteraciones perceptivas
- F10.03 Delirium por intoxicación por alcohol (135)
- F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol (135)
- F10.73 Demencia persistente inducida por alcohol (159)
- F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol (167)
- F10.xx Trastorno psicótico inducido por alcohol (317)
 - .51 Con ideas delirantes^{1A}
 - .52 Con alucinaciones^{1A}
- F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol^{1A} (379)
- F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol^{1A} (451)
- F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol¹ (532)
- F10.8 Trastorno del sueño inducido por alcohol^{1A} (617)
- F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (210)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS (210)**Trastornos por consumo de alucinógenos**

- F16.2x Dependencia de alucinógenos¹ (211)
- F16.1 Abuso de alucinógenos (212)

Trastornos inducidos por alucinógenos

- F16.00 Intoxicación por alucinógenos (212)
- F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*) (213)
- F16.03 Delirium por intoxicación por alucinógenos (135)
- F16.xx Trastorno psicótico inducido por alucinógenos (317)
 - .51 Con ideas delirantes¹
 - .52 Con alucinaciones¹
- F16.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos¹ (379)
- F16.8 Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos¹ (451)
- F16.9 Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado (216)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS (O SUSTANCIAS DE ACCIÓN SIMILAR) (216)**Trastornos por consumo de amfetamina**

- F15.2x Dependencia de amfetamina¹ (218)
- F15.1 Abuso de amfetamina (218)

Trastornos inducidos por amfetamina

- F15.00 Intoxicación por amfetamina (219)
- F15.04 Intoxicación por amfetamina, con alteraciones perceptivas (219)
- F15.3 Abstinencia de amfetamina (220)
- F15.03 Delirium por intoxicación por amfetamina (135)
- F15.xx Trastorno psicótico inducido por amfetamina (317)
 - .51 Con ideas delirantes¹
 - .52 Con alucinaciones¹
- F15.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por amfetamina^{1A} (379)
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por amfetamina¹ (451)
- F15.8 Trastorno sexual inducido por amfetamina¹ (532)
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por amfetamina^{1A} (617)
- F15.9 Trastorno relacionado con amfetamina no especificado (224)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON CAFÉINA (224)**Trastornos inducidos por cafeína**

- F15.00 Intoxicación por cafeína (224)

- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína¹ (451)
 F15.8 Trastorno del sueño inducido por cafeína¹ (617)
 F15.9 Trastorno relacionado con cafeína no especificado (227)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON CANNABIS (227)

- Trastornos por consumo de Cannabis**
 F12.2x Dependencia de Cannabis^a (228)
 F12.1 Abuso de Cannabis (229)

Trastornos inducidos por Cannabis

- F12.00 Intoxicación por Cannabis (229)
 F12.04 Intoxicación por Cannabis, con alteraciones perceptivas (230)
 F12.03 Delirium por intoxicación por Cannabis (135)
 F12.xx Trastorno psicótico inducido por Cannabis (317)
 .51 Con ideas delirantes¹
 .52 Con alucinaciones¹
 F12.8 Trastorno de ansiedad inducido por Cannabis¹ (451)
 F12.9 Trastorno relacionado con Cannabis no especificado (233)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAÍNA (233)

- Trastornos por consumo de cocaína**
 F14.2x Dependencia de cocaína^a (235)
 F14.1 Abuso de cocaína (235)

Trastornos inducidos por cocaína

- F14.00 Intoxicación por cocaína (236)
 F14.04 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas (236)
 F14.3 Abstinencia de cocaína (237)
 F14.03 Delirium por intoxicación por cocaína (135)
 F14.xx Trastorno psicótico inducido por cocaína (317)
 .51 Con ideas delirantes¹
 .52 Con alucinaciones¹
 F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína^{1A} (379)
 F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína^{1A} (451)

- F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína¹ (532)
 F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína^{1A} (617)
 F14.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado (241)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON FENCICLIDINA (O SUSTANCIAS DE ACCIÓN SIMILAR) (242)

- Trastornos por consumo de fenciclidina**
 F19.2x Dependencia de fenciclidina^a (243)
 F19.1 Abuso de fenciclidina (243)

Trastornos inducidos por fenciclidina

- F19.00 Intoxicación por fenciclidina (244)
 F19.04 Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas (244)
 F19.03 Delirium por intoxicación por fenciclidina (135)
 F19.xx Trastorno psicótico inducido por fenciclidina (317)
 .51 Con ideas delirantes¹
 .52 Con alucinaciones¹
 F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina¹ (379)
 F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina¹ (451)
 F19.9 Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado (247)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES (247)

- Trastornos por consumo de inhalantes**
 F18.2x Dependencia de inhalantes^a (249)
 F18.1 Abuso de inhalantes (249)

Trastornos inducidos por inhalantes

- F18.00 Intoxicación por inhalantes (250)
 F18.03 Delirium por intoxicación por inhalantes (135)
 F18.73 Demencia persistente inducida por inhalantes (159)
 F18.xx Trastorno psicótico inducido por inhalantes (317)
 .51 Con ideas delirantes¹
 .52 Con alucinaciones¹
 F18.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes¹ (379)

F18.8 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes¹ (451)

F18.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado (254)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON NICOTINA (254)

Trastorno por consumo de nicotina

F17.2x Dependencia de nicotina^a (254)

Trastornos inducidos por nicotina

F17.3 Abstinencia de nicotina (255)

F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado (258)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS (259)

Trastornos por consumo de opiáceos

F11.2x Dependencia de opiáceos^a (260)

F11.1 Abuso de opiáceos (260)

Trastornos inducidos por opiáceos

F11.00 Intoxicación por opiáceos (260)

F11.04 Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas (261)

F11.3 Abstinencia de opiáceos (262)

F11.03 Delirium por intoxicación por opiáceos (135)

F11.xx Trastorno psicótico inducido por opiáceos (317)

.51 Con ideas delirantes¹

.52 Con alucinaciones¹

F11.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos¹ (379)

F11.8 Trastorno sexual inducido por opiáceos¹ (532)

F11.8 Trastorno del sueño inducido por opiáceos^{1,A} (617)

F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado (267)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS (267)

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.2x Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos^a (268)

F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (269)

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (269)

F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (270)

Especificar si: Con alteraciones perceptivas

F13.03 Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (135)

F13.4 Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (135)

F13.73 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (159)

F13.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (167)

F13.xx Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (317)

.51 Con ideas delirantes^{1,A}

.52 Con alucinaciones^{1,A}

F13.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos^{1,A} (379)

F13.8 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos^A (451)

F13.8 Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos¹ (532)

F13.8 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos^{1,A} (617)

F13.9 Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado (275)

TRASTORNO RELACIONADO CON VARIAS SUSTANCIAS

F19.2x Dependencia de varias sustancias^a (276)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON OTRAS SUSTANCIAS (O DESCONOCIDAS) (276)

Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas)

F19.2x Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)^a (182)

F19.1	Abuso de otras sustancias (o desconocidas) (188)	.1x	Tipo desorganizado (293)
		.2x	Tipo catatónico (294)
		.3x	Tipo indiferenciado (295)
		.5x	Tipo residual (296)

Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas)

F19.00	Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) (189)
F19.04	Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones perceptivas (189)
F19.3	Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) (190) <i>Especificar si:</i> Con alteraciones perceptivas
F19.03	Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas) (<i>codificar F19.4 si comienza durante la abstinencia</i>) (135)
F19.73	Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas) (159)
F19.6	Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas) (167)
F19.xx	Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) (317)
.51	Con ideas delirantes ^{LA}
.52	Con alucinaciones ^{LA}
F19.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas) ^{LA} (379)
F19.8	Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas) ^{LA} (451)
F19.8	Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas) ^I (532)
F19.8	Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas) ^{LA} (617)
F19.9	Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado (278)

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)
- 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 (296) <i>Especificar si:</i> Sin síntomas de buen pronóstico/con síntomas de buen pronóstico
F25.x	Trastorno esquizoafectivo (298)
.0	Tipo bipolar
.1	Tipo depresivo
F22.00	Trastorno delirante (303) <i>Especificar tipo:</i> Erotomaníaco/de grandiosidad/celotípico/persecutorio/somático/mixto/no especificado
F23.xx	Trastorno psicótico breve (308)
.81	Con desencadenante(s) grave(s)
.80	Sin desencadenante(s) grave(s) <i>Especificar si:</i> De inicio en el posparto
F24	Trastorno psicótico compartido (<i>folie à deux</i>) (312)
F06.x	Trastorno psicótico debido a... (<i>indicar enfermedad médica</i>) (314)
.2	Con ideas delirantes
.0	Con alucinaciones
—.-	Trastorno psicótico inducido por sustancias (<i>consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas</i>) (317) <i>Especificar si:</i> De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia
F29	Trastorno psicótico no especificado (322)

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (279)

F20.xx	Esquizofrenia (280)
.0x	Tipo paranoide (292)

Trastornos del estado de ánimo (323)

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

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

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

- ^g Con o sin recuperación interepisódica total/^h con patrón estacional/ⁱ con ciclos rápidos

TRASTORNOS DEPRESIVOS (345)

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único^{a,b,c,d,e,f} (345)

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante^{a,b,c,d,e,f,g,h} (345)

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 (352)
Especificar si: De inicio temprano/de inicio tardío
Especificar: Con síntomas atípicos

F32.9 Trastorno depresivo no especificado (357)

TRASTORNOS BIPOLARES (358)

F30.x Trastorno bipolar I, episodio maníaco único^{a,c,i} (358)
Especificar si: Mixto

Codificar el estado actual del episodio maníaco 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 hipomaníaco^{b,hi} (358)

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco^{a,c,f,g,hi} (358)

Codificar el estado actual del episodio maníaco 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^{a,c,f,g,hi} (358)

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo^{a,b,c,d,e,f,g,hi} (358)

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^{b,hi} (358)

F31.8 Trastorno bipolar II^{a,b,c,d,e,f,g,hi} (367)
Especificar (episodio actual o más reciente): Hipomaníaco/depresivo

F34.0 Trastorno ciclotímico (371)

F31.9 Trastorno bipolar no especificado (374)

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a...
(indicar enfermedad médica) (375)

- .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) (379)

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 (384)

Trastornos de ansiedad (401)

- F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (405)
- F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (405)
- F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (412)
- F40.2 Fobia específica (414)
Especificar tipo: Animal/ambiental/sangre-inyecciones-daño/situacional/otro tipo
- F40.1 Fobia social (421)
Especificar si: Generalizada
- F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (428)
Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad
- F43.1 Trastorno por estrés postraumático (434)
Especificar si: Agudo/crónico
Especificar si: De inicio demorado
- F43.0 Trastorno por estrés agudo (440)
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (444)
- F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (*indicar enfermedad médica*) (448)
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*) (451)
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 (456)

Trastornos somatomorfos (457)

- F45.0 Trastorno de somatización (457)
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado (462)
- F44.x Trastorno de conversión (464)

- .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 (470)
Especificar tipo: Asociado a factores psicológicos/asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica
Especificar si: Agudo/crónico
- F45.2 Hipocondría (475)
Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad
- F45.2 Trastorno dismórfico corporal (478)
- F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado (481)

Trastornos facticios (483)

- F68.1 Trastorno facticio (483)
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 (487)

Trastornos disociativos (489)

- F44.0 Amnesia disociativa (490)
- F44.1 Fuga disociativa (493)
- F44.81 Trastorno de identidad disociativo (496)
- F48.1 Trastorno de despersonalización (500)
- F44.9 Trastorno disociativo no especificado (502)

Trastornos sexuales y de la identidad sexual (505)

TRASTORNOS SEXUALES (505)

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 (508)
 F52.10 Trastorno por aversión al sexo (511)

Trastornos de la excitación sexual

- F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer (512)
 F52.2 Trastorno de la erección en el varón (514)

Trastornos orgásmicos

- F52.3 Trastorno orgásmico femenino (517)
 F52.3 Trastorno orgásmico masculino (520)
 F52.4 Eyaculación precoz (522)

Trastornos sexuales por dolor

- F52.6 Dispareunia (no debida a una enfermedad médica) (524)
 F52.5 Vaginismo (no debido a una enfermedad médica) (526)

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica (528)

- N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N94.1 Dispareunia femenina debida a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N50.8 Dispareunia masculina debida a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a...
(indicar enfermedad médica) (528)

- , — Trastorno sexual inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (532)

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 Trastorno sexual no especificado (535)

PARAFILIAS (535)

- F65.2 Exhibicionismo (538)
 F65.0 Fetichismo (539)
 F65.8 Frotteurismo (539)
 F65.4 Pedofilia (540)
Especificar si: Con atracción sexual por los varones/con atracción sexual por las mujeres/con atracción sexual por ambos sexos
Especificar si: Limitada al incesto
Especificar tipo: Exclusiva/no exclusiva
 F65.5 Masoquismo sexual (541)
 F65.5 Sadismo sexual (542)
 F65.1 Fetichismo transvestista (543)
Especificar si: Con disforia sexual
 F65.3 Voyeurismo (544)
 F65.9 Parafilia no especificada (545)

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL (545)

- F64.x Trastorno de la identidad sexual (545)
 .2 En la niñez
 .0 En la adolescencia o en la vida adulta
Especificar si: Con atracción sexual por los varones/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 (551)
 F52.9 Trastorno sexual no especificado (551)

Trastornos de la conducta alimentaria (553)

- F50.0 Anorexia nerviosa (553)
Especificar tipo: Restictivo/compulsivo/purgativo
 F50.2 Bulimia nerviosa (559)
Especificar tipo: Purgativo/no purgativo
 F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (564)

Trastornos del sueño (565)**TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SUEÑO**

(566)

Disomnias (566)

- F51.0 Insomnio primario (567)
 F51.1 Hipersomnias primarias (571)
Especificar si: Recidivante
 G47.4 Narcolepsia (576)
 G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración (581)
 F51.2 Trastorno del ritmo circadiano (588)
Especificar tipo: Sueño retrasado/jet lag/cambios de turno de trabajo/no especificado
 F51.9 Disomnias no especificadas (594)

Parasomnias (594)

- F51.9 Pesadillas (595)
 F51.4 Terrores nocturnos (598)
 F51.3 Sonambulismo (603)
 F51.8 Parasomnia no especificada (607)

TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON OTRO TRASTORNO MENTAL

- F51.0 Insomnio relacionado con...
(indicar trastorno del Eje I o del Eje II) (608)
 F51.1 Hipersomnias relacionadas con...
(indicar trastorno del Eje I o del Eje II) (608)

OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO

- G47.x Trastorno del sueño debido a...
(indicar enfermedad médica) (613)
 .0 Tipo insomnio
 .1 Tipo hipersomnias
 .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) (617)
Especificar tipo: Insomnio/hipersomnias/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 (625)

- F63.8 Trastorno explosivo intermitente (625)
 F63.2 Cleptomanía (628)
 F63.1 Piromanía (630)
 F63.0 Juego patológico (632)
 F63.3 Tricotilomanía (634)
 F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado (637)

Trastornos adaptativos (639)

- F43.xx Trastorno adaptativo (639)
 .20 Con estado de ánimo depresivo
 .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 (645)***Nota: Se codifican en el Eje II.*

- F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad (650)
 F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (654)
 F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (657)
 F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (662)
 F60.31 Trastorno límite de la personalidad (666)
 F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad (671)
 F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad (674)

- F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (678)
 F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia (682)
 F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (685)
 F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado (689)

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (691)

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO (691)

- F54 ...*(Especificar el factor psicológico que afecta a... (indicar enfermedad médica) (691) 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
 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 (694)

- G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolepticos (694)
 G21.0 Síndrome neuroleptico maligno (695)
 G24.0 Distonía aguda inducida por neurolepticos (695)
 G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolepticos (695)
 G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolepticos (695)
 G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos (695)

- G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado (695)

TRASTORNOS INDUCIDOS POR OTROS MEDICAMENTOS

- T88.7 Efectos adversos de los medicamentos no especificados (696)

PROBLEMAS DE RELACIÓN (696)

- Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica (696)
 Z63.8 Problemas paterno-filiales (*código Z63.1 si el objeto de atención es el niño*) (696)
 Z63.0 Problemas conyugales (697)
 F93.3 Problema de relación entre hermanos (697)
 Z63.9 Problema de relación no especificado (697)

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO O LA NEGLIGENCIA (697)

- T74.1 Abuso físico del niño (697)
 T74.2 Abuso sexual del niño (697)
 T74.0 Negligencia de la infancia (698)
 T74.1 Abuso físico del adulto (698)
 T74.2 Abuso sexual del adulto (698)

PROBLEMAS ADICIONALES QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA (698)

- Z91.1 Incumplimiento terapéutico (698)
 Z76.5 Simulación (698)
 Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto (699)
 Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (699)
 R41.8 Capacidad intelectual límite (699)
 R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad (699)
 Z63.4 Duelo (700)
 Z55.8 Problema académico (700)
 Z56.7 Problema laboral (700)
 F93.8 Problema de identidad (700)
 Z71.8 Problema religioso o espiritual (700)
 Z60.3 Problema de aculturación (701)
 Z60.0 Problema biográfico (701)

Códigos adicionales			
		Z03.2	Sin diagnóstico o estado en el Eje I (703)
		R69	Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I (703)
F99	Trastorno mental no especificado (no psicótico) (703)	Z03.2	Sin diagnóstico en el Eje II (703)
		R46.8	Diagnóstico aplazado en el Eje II (703)

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.

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).

Los principales grupos de trastornos incluidos en el Eje I constan en el cuadro que aparece más adelante. 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 (para ejemplos, v. pág. 35). 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. 3). 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 I ■

Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (*se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II*)

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica

Trastornos relacionados con sustancias

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Trastornos del estado de ánimo

Trastornos de ansiedad

Trastornos somatomorfos

Trastornos facticios

Trastornos disociativos

Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Trastornos de la conducta alimentaria

Trastornos del sueño

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

Trastornos adaptativos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

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. Los trastornos incluidos en el Eje II están enumerados en el cuadro que aparece más adelante.

Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II, situación relativamente frecuente, deben hacerse constar todos los diagnósticos (para ejemplos, v. pág. 35). 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; v. el Ejemplo 3 de la pág. 35). También puede indicarse en el Eje II el uso habitual de mecanismos de defensa desadaptativos (para definiciones v. apéndice B, pág. 767, y el Ejemplo 1 en la pág. 35).

■ Eje II ■
Trastornos de la personalidad
Retraso mental

Trastorno paranoide de la personalidad	Trastorno de la personalidad por dependencia
Trastorno esquizoide de la personalidad	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Trastorno de la personalidad no especificado
Trastorno antisocial de la personalidad	
Trastorno límite de la personalidad	
Trastorno histriónico de la personalidad	
Trastorno narcicista de la personalidad	Retraso mental
Trastorno de la personalidad por evitación	

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). En el cuadro que aparece después se proporciona una lista de las principales categorías de enfermedades médicas.

Tal como se indicó en la «Introducción», 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 comportamentales 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] (v. Ejemplo 3, pág. 35). Para un análisis más extenso, véase la página 171.

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 [296.2] 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. Para ejemplo, véase la página 35. 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 III ■ Enfermedades médicas (con códigos CIE-10)

Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)
 Neoplasias (C00-D48)
 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y algunas enfermedades inmunitarias (D50-D89)
 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)
 Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)
 Enfermedades del ojo y sus anejos (H00-H59)
 Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides (H60-H95)
 Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)
 Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)
 Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93)
 Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (L00-99)
 Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)
 Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)
 Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)
 Patología perinatal (P00-P96)
 Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q00-Q99)
 Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otros apartados
 Heridas, envenenamientos y otros procesos de causa externa (S00-T98)
 Morbilidad y mortalidad de causa externa (V01-Y98)
 Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios (Z00-Z99)

■ Eje III ■
Enfermedades médicas (con códigos CIE-9-MC)

Enfermedades infecciosas y parasitarias [001-139]
 Neoplasias [140-239]
 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y trastornos de la inmunidad [240-279]
 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos [280-289]
 Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales [320-389]
 Enfermedades del sistema circulatorio [390-459]
 Enfermedades del sistema respiratorio [460-519]
 Enfermedades del sistema digestivo [520-579]
 Enfermedades del sistema genitourinario [580-629]
 Complicaciones de embarazo, parto y puerperio [630-676]
 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo [680-709]
 Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo [710-739]
 Anomalías congénitas [740-759]
 Algunos trastornos originados en el período perinatal [760-779]
 Síntomas, signos y trastornos definidos como enfermedad [780-799]
 Traumatismos y envenenamientos [800-999]

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 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. 691).

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.

Al utilizar el registro de evaluación multiaxial (v. pág. 36), el clínico debe identificar las categorías relevantes de problemas psicosociales y ambientales e indicar los factores específicos implicados en ellos. Si no se utiliza un formulario de registro con un listado de categorías de problemas, el clínico simplemente puede enumerar los problemas específicos del Eje IV (v. ejemplos en pág. 35).

■ Eje IV ■ Problemas psicosociales y ambientales

Problemas relativos al grupo primario de apoyo
 Problemas relativos al ambiente social
 Problemas relativos a la enseñanza
 Problemas laborales
 Problemas de vivienda
 Problemas económicos
 Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
 Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen
 Otros problemas psicosociales y ambientales

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). 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)». 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. 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 períodos 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)». Véanse ejemplos en la página 35.

En algunos centros clínicos puede ser útil evaluar la incapacidad social y laboral y verificar los progresos en la rehabilitación, independientemente de la gravedad de los síntomas psicosociales. Con esta intención, en el apéndice B se ha incluido una escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL) (v. pág. 776). Se han propuesto dos escalas adicionales que también pueden ser útiles en algunos centros: la escala de evaluación global de la actividad relacional (EEGAR) (v. pág. 774) y la escala de mecanismos de defensa (v. pág. 767). Ambas se han incluido en el apéndice B.

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
- 90 **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
- 80 **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
- 70 **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
- 60 **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
- 50 **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).
41
- 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.**
1
- 0 Información inadecuada.

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) (Endicott 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.

Ejemplos de cómo registrar los resultados de una evaluación multiaxial según el DSM-IV

Ejemplo 1:

Eje I	F32.2	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, sin síntomas psicóticos [296.23]
	F10.1	Abuso de alcohol [305.00]
Eje II	F60.7	Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6] Frecuente uso de la negación
Eje III		Ninguno
Eje IV		Amenaza de pérdida de empleo
Eje V	EEAG = 35	(actual)

Ejemplo 2:

Eje I	F34.1	Trastorno distímico [300.4]
	F81.0	Trastorno de la lectura [315.00]
Eje II	Z03.2	Ningún diagnóstico [V71.09]
Eje III	H66.9	Otitis media, recurrente [382.9]
Eje IV		Víctima de abandono infantil
Eje V	EEAG = 53	(actual)

Ejemplo 3:

Eje I	F06.32	Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83]
Eje II	Z03.2	No hay diagnóstico, características de personalidad histriónica [V71.09]
Eje III	E03.9	Hipotiroidismo [244.9]
	H40.2	Glaucoma crónico [365.23]
Eje IV		Ninguno
Eje V	EEAG = 45	(en el ingreso)
	EEAG = 65	(en el alta)

Ejemplo 4:

Eje I	Z63.0	Problema de relación con la pareja [V61.1]
Eje II	Z03.2	No hay diagnóstico [V7109]
Eje III		Ninguno
Eje IV		Desempleado
Eje V	EEAG = 83	(mayor nivel durante el año anterior)

Registro de evaluación multiaxial

El siguiente formulario se presenta como un posible procesamiento para informar acerca de evaluaciones multiaxiales. En algunos centros este formulario puede utilizarse exactamente tal como aquí se presenta; en otros el formulario puede adaptarse para satisfacer sus necesidades especiales.

Eje I: Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención

Código diagnóstico	Nombre DSM-IV
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Eje II: Trastornos de la personalidad

Retraso mental

Código diagnóstico	Nombre DSM-IV
_____	_____
_____	_____

Eje III: Enfermedades médicas

Código o CIE-9-MC	Nombre CIE-10 o CIE-9-MC
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Verificar:

- Problemas relativos al grupo primario** *Especificar:* _____
- Problemas relativos al ambiente social** *Especificar:* _____
- Problemas relacionados con la enseñanza** *Especificar:* _____
- Problemas laborales** *Especificar:* _____
- Problemas de vivienda** *Especificar:* _____
- Problemas económicos** *Especificar:* _____
- Problemas relativos al acceso a los servicios médicos** *Especificar:* _____
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen** *Especificar:* _____
- Otros problemas psicosociales y ambientales** *Especificar:* _____

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global **Puntuación:** _____

Período de tiempo: _____

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.

Los ejemplos que aparecen a continuación ilustran la manera de informar o registrar diagnósticos según un formato que no utiliza el sistema multiaxial.

Ejemplo 1:

- F32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, sin síntomas psicóticos [296.23]
- F10.1 Abuso de alcohol [305.00]
- F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6]
Uso frecuente de la negación

Ejemplo 2:

- F34.1 Trastorno distímico [300.4]
- F81.0 Trastorno de la lectura [315.00]
- H66.9 Otitis media, recurrente [382.9]

Ejemplo 3:

- F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido o hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83]
- E03.9 Hipotiroidismo [244.9]
- H40.2 Glaucoma crónico [365.23]
Características de personalidad histriónica

Ejemplo 4:

- Z63.0 Problema de relación con la pareja [V61.1]