



DSM-IV

BREVIARIO

Criterios diagnósticos

*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



MASSON, S.A.

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

Introducción

Uno de los objetivos más importantes del DSM-IV es proporcionar criterios diagnósticos para aumentar la fiabilidad de los juicios diagnósticos. El clínico desea disponer de un manual apropiado y de pequeño tamaño, como libro de rápida referencia, que sólo contenga la clasificación del DSM-IV y los criterios diagnósticos. Este «mini-D» pretende ser utilizado en combinación con el DSM-IV.

Su uso adecuado requiere estar familiarizado con la descripción de cada trastorno que acompaña los criterios diagnósticos en el DSM-IV.

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

Advertencia

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

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

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

Uso del manual

Nota: Para mayor información, el lector debería remitirse a la sección «Uso del manual» del DSM-IV (pág. 1).

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. 9-36); 2) al principio del apartado correspondiente a cada trastorno, y 3) acompañando al conjunto de criterios propio de cada trastorno. En el sistema de codificación de la CIE-9-MC: 1) precediendo al nombre del trastorno (págs. 315-341); 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.

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 instrucciones 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 de-

notar 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 conside-

ración 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. 3).

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. 45) o no axial (v. pág. 47). Cuando el diagnóstico

principal corresponde a un trastorno del Eje I, esto se indica situándolo en primer lugar. Los restantes trastornos se ordenan según el objetivo asistencial y terapéutico. Cuando una persona cuenta con diagnósticos tanto del Eje I como del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de la visita radicará en el Eje I a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la expresión «(diagnóstico principal)» o «(motivo de la consulta)».

Diagnóstico provisional

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

Utilización de categorías no especificadas

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

- La presentación del cuadro coincide con las directrices generales específicas de un trastorno mental en la clase diagnóstica correspondiente, pero la sintomatología no cumple los criterios de alguno de los trastornos específicos. Esto sucede cuando los síntomas se sitúan por debajo del umbral diagnóstico propio de uno de los trastornos específicos o cuando se produce una presentación atípica o mixta.
- La presentación del cuadro constituye un patrón sintomático que no ha sido incluido en la Clasificación DSM-IV, pero da lugar a deterioro o malestar clínicamente significativos. Los criterios de investigación para alguno de estos patrones sintomáticos han sido incluidos en el apéndice B («Criterios y Ejes estipulados para estudios posteriores») del DSM-IV.
- 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).