

GUÍAS DE PRÁCTICAS



**GUÍA DE DOCENCIA PARA LA
REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS EN
INFORMES PSICOLÓGICOS, DESDE
EL MODELO ACTUAL DEL DSM-5**

Jose Carlos Celedón-Rivero
Cristian Camilo Arias-Castro
Marlen Raquel Simancas-Fernández
Gina Marcela Suárez-Bustamante
Diana Victoria Nobles-Montoya
Universidad Cooperativa de Colombia
Sede Montería

Documentos de docencia | Course Work
coursework.ucc.edu.co
N.º 03, junio de 2017
doi: <https://doi.org/10.16925/greylit.2000>

NOTA LEGAL

El presente documento de trabajo ha sido incluido dentro de nuestro repositorio de literatura gris por solicitud del autor, con fines informativos, educativos o académicos. Asimismo, los argumentos, datos y análisis incluidos en el texto son responsabilidad absoluta del autor y no representan la opinión del Fondo Editorial o de la Universidad.

DISCLAIMER

This coursework paper has been uploaded to our grey literature repository due to the request of the author. This document should be used for informational, educational or academic purposes only. Arguments, data and analysis included in this document represent authors' opinion not the Press or the University.



ACERCA DE LOS AUTORES

José Carlos Celedón-Rivero, magíster en Psicología Jurídica y especialista en Psicología Forense. Profesor auxiliar vinculado al programa de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Montería, Colombia.

Correo electrónico: jose.celedon@campusucc.edu.co

Cristian Camilo Arias-Castro, magíster en Neuropsicología y Educación. Profesor instructor vinculado al programa de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Montería, Colombia.

Correo electrónico: cristian.arias@campusucc.edu.co

Marlen Raquel Simancas-Fernández, candidata a doctora en Psicología, magíster en Psicología Clínica. Profesora instructora del programa de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Montería, Colombia.

Correo electrónico: marlen.simancasf@campusucc.edu.co

Gina Marcela Suárez-Bustamante, magíster en Psicología Jurídica. Profesora instructora vinculada al programa de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Montería, Colombia.

Correo electrónico: gina.suarezb@campusucc.edu.co

Diana Victoria Nobles-Montoya, magíster en Psicopedagogía. Profesora auxiliar vinculada al programa de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Montería, Colombia.

Correo electrónico: diana.nobles@campusucc.edu.co

CÓMO CITAR ESTE DOCUMENTO

Celedón-Rivero, J.C.; Arias-Castro, C.C.; Simancas-Fernández, M.R.; Suarez-Bustamante, G.M. y Nobles-Montoya, D.V. (2017). *Guía de docencia para la realización de diagnósticos en informes psicológicos, desde el modelo actual del DSM -5*. (Documento de docencia No. 3). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. Doi: <https://doi.org/10.16925/greylit.2000>

Este documento puede ser consultado, descargado o reproducido desde nuestro repositorio de documentos de trabajo (<http://coursework.ucc.edu.co>) para uso de sus contenidos, bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
Competencia	5
Criterios de desempeño	6
Evidencias requeridas	6
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
CRITERIOS DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA: METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA DSM-5	9
EL CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD: WHODAS 2.0	11
CÓDIGO (Z55-Z65) PERSONAS CON PROBLEMAS POTENCIALES PSÍQUICOS O PSICOSOCIALES DEL CIE-10 DE LA OMS	17
RESULTADO ESPERADOS	19
CONCLUSIONES	19
RECOMENDACIONES	20
APÉNDICE 1	20
Caso 1	20
Caso 2	22
APÉNDICE 2	24
APÉNDICE 3	28
WHODAS 2.0	28
Referencias	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Dominios con respectivo valor de dificultad WHODAS 2.0	13
Tabla 2. Análisis manual del WHODAS 2.0	16
Tabla 3. Porcentaje de grado de discapacidad a nivel global WHODAS 2.0	16
Tabla 4. Transición de diagnóstico DSM-IVR al DSM-5	18
Tabla 5. Impresión diagnóstica DSM-5	18
Tabla 6. Impresión diagnóstica caso 1	22
Tabla 7. Impresión diagnóstica caso 2	23
Tabla 8. Cuestionario autoadministrable	28

03 GUÍA DE DOCENCIA PARA LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS EN INFORMES PSICOLÓGICOS, DESDE EL MODELO ACTUAL DEL DSM-5

Jose Carlos Celedón-Rivero, Cristian Camilo Arias-Castro,
Marlen Raquel Simancas-Fernández, Gina Marcela Suárez-Bustamante,
Diana Victoria Nobles-Montoya

RESUMEN

La presente guía de docencia tiene como objetivo proporcionar tanto a docentes como a estudiantes del programa de Psicología un apoyo que les permitan plasmar adecuadamente los diagnósticos psicológicos, atendiendo a las recomendaciones dadas por el actual *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su quinta edición, DSM-5, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013b). Se incluyen los códigos Z de la CIE-10 y la evaluación de la discapacidad con el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, Versión 2.0 (conocido como WHODAS 2.0. por sus siglas del inglés: *World Health Organization Disability Assessment Schedule*) comprende además los criterios, la finalidad y la estructura que recomienda la APA de establecer los diagnósticos desde un modelo no axial. Por tanto, esta guía docente constituye una oportunidad para la actualización y el fortalecimiento de la dinámica del docente en sus clases, sobre todo en la forma de exponer dichos diagnósticos en los diferentes informes psicológicos. De tal manera que resulta ser un material de gran utilidad para la formación de estudiantes, profesionales y de todos los miembros del campo laboral de la psicología.

Palabras clave: APA, códigos Z de la CIE-10, diagnósticos e informes psicológicos, guía docente, OMS, WHODAS 2.0.



INTRODUCCIÓN

La presente guía de docencia tiene como objetivo proporcionar, tanto a docentes como a estudiantes del programa de psicología, un apoyo que les permitan plasmar adecuadamente los diagnósticos psicológicos, atendiendo a las recomendaciones dadas por el actual *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su quinta edición, DSM-5, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013a) en especial en los informes psicológicos, cualquiera que sea el contexto en que se apliquen dichos diagnósticos (clínico, forense, educativo y neuropsicológico, entre otros).

Tras la publicación definitiva en castellano del DSM-5, conviene que tanto docentes como estudiantes de psicología puedan actualizarse, en especial en la forma como se deben exponer los diagnósticos en los informes psicológicos, más allá de los criterios específicos que sean evaluados para emitir dichos diagnósticos. El DSM-5 sigue evaluando las mismas áreas de funcionamiento que el anterior DSM-IV-TR (APA, 1995) y el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), pero en el actual DSM-5 se maneja un formato no axial; es decir que no tiene ejes. En los siguientes enlaces se puede descargar libremente la guía de consulta del DSM-5 y el texto completo de esta.

- <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-es-pac3b1ol.pdf>
- <https://es.scribd.com/doc/311598765/DSM-5-COMPLETO-pdf>
- <http://booksmedicos.org/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales/>

A pesar del amplio uso del sistema multiaxial del DSM-IVR, este no era necesario para el

diagnóstico de ningún trastorno mental. Se incluía también un sistema de evaluación no axial que simplemente enumeraba los trastornos y afecciones apropiados de los ejes I, II y III sin designaciones axiales. El DSM-5 ha evolucionado hacia la documentación no axial de los diagnósticos (antes eje I, II y III) con notaciones separadas para los importantes factores contextuales y psicosociales (antes eje IV) y la discapacidad (antes eje V). El que los diagnósticos estén separados de los factores contextuales y psicosociales es también coherente con las guías de la CIE de la OMS ya consolidadas, que consideran el estado funcional del individuo aparte de sus diagnósticos o de su situación sintomatológica (APA, 2013a).

El presente material facilitará la forma en que se expongan los respectivos diagnósticos en los informes psicológicos, desde las recomendaciones que son emitidas por el actual DSM-5, ya que para llevar a cabo el diagnóstico es necesario emplear una serie de sugerencias, técnicas e instrumentos, como el hecho de que la información no se organiza por ejes, o que todos los diagnósticos clínicos, personalidad y médicos, entre otros (anterior DSM-IV ejes I, II y III) se enumeran sucesivamente en el DSM-5. Esta información se complementa con notaciones separadas para factores contextuales o psicosociales (se recomienda utilizar los códigos Z de la CIE-10) y para la discapacidad (se recomienda el WHO Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0 de la OMS, 2006).

COMPETENCIA

Realizar diagnósticos desde el modelo actual del DSM-5 en virtud de los informes psicológicos que son realizados por profesionales de la psicología y psiquiatría, en los diferentes campos de aplicación de estas disciplinas, con base en los conocimientos básicos y especializados vigentes en materia de la psicopatología aplicada.



CRITERIOS DE DESEMPEÑO

- Saber ser: asume la elaboración de diagnósticos desde el DSM-5 con ética profesional, responsabilidad y compromiso, observando al ser humano desde una perspectiva humanista, capaz y potencialmente más allá de la enfermedad o la psicopatología.
- Saber conocer: identificar los nuevos lineamientos del DSM-5, para emitir diagnósticos en los respectivos informes psicológicos, independientemente del campo de aplicación de la psicología.
- Saber hacer: aplica los fundamentos clínicos de la psicología para que, en la praxis profesional, logren estructurar los respectivos informes psicológicos según las recomendaciones que desde el DSM-5 son establecidas, con el objetivo de hacer uso de metodología actual y vigente en lo referente al diagnóstico y su aplicabilidad.

EVIDENCIAS REQUERIDAS

- De desempeño: analiza, desarrolla y aplica los conocimientos básicos y especializados para la organización, comunicación y estructuración de diagnósticos psicopatológicos, desde la perspectiva del DSM-5 en informes psicológicos.
- De producto: realización de diagnósticos producto a partir de casuísticas, desde el modelo DSM-5.
- De conocimiento: socialización de diagnósticos psicopatológicos (DSM-5), en diferentes informes psicológicos, desde diversos campos aplicados de la psicología o psiquiatría.
- Unidades formativas: saber conocer y hacer.



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Para el año 2013, la Asociación Psiquiátrica Americana publicó el *Manual de diagnóstico psiquiátrico* (DSM-5), el cual fue el resultado de más de una década de investigación, con trece grupos de trabajo, seis grupos de estudio y más de quinientos profesionales participando en cada uno de los mismos (Muñoz y Jaramillo, 2015). El DSM-5 fue diseñado pensando en facilitar la actualización del conocimiento relevante que se acumula en neurociencia, ciencias cognitivas, genética, y en la práctica clínica. Según Rodríguez, Senín y Perona (2014) el DSM no es un texto de psicopatología, sin embargo, dado que se trata de un manual que ha de guiar el diagnóstico (todavía clínico), el tratamiento y la investigación, es bastante relevante subrayar lo obvio: que la perspectiva biologicista condiciona el objeto de estudio.

En general, el DSM es el sistema de clasificación de trastornos mentales con mayor aceptación, tanto para el diagnóstico clínico como para la investigación y la docencia, y es importante tener presente que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios (García, Saldivar, Llanes y Sánchez, 2011). La intención de esta guía de docencia no es mostrar todos los cambios realizados en el actual DSM-5, ya que excedería el objetivo, que es mostrar, a partir de ejemplos prácticos, la forma de sistematizar la información relacionada con diagnósticos psicopatológicos en informes psicológicos. Tampoco pretende explicar la forma de realizar los juicios para establecer los criterios diagnósticos y, aún menos, ahondar en las controversias que se han suscitado desde la publicación del DSM-5.

Para Muñoz y Jaramillo (2015), el hecho de la desaparición de los ejes diagnósticos obedece a la incompatibilidad con los sistemas de diagnósticos y es resultado de una decisión de ubicar los trastornos de la personalidad y la discapacidad intelectual al mismo nivel que los otros trastornos mentales Kupfer y Regier (2010). Si bien por un lado tener un sistema multiaxial nos diferencia aún más del resto de las especialidades psiquiátricas, psicológicas y médicas, que suelen ignorar dicha clasificación y enfocarse en el eje I únicamente, por otro lado, ha permitido que los pacientes sean considerados de manera integral y única cuando se realiza una valoración psiquiátrica o psicológica. Así mismo, para quienes el sistema multiaxial es importante, los autores del DSM-5 aportan soluciones, como la de emplear un diagnóstico de código v correspondiente (o en la lista del CIE-10 de código Z) en lugar del eje IV, y en vez del puntaje de la Evaluación Global de la Escala de Funcionamiento (GAF) del eje V, se puede emplear la escala de discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0), que se encuentra en la sección III del DSM-5 (Black, 2013). Para Muñoz y Jaramillo (2015), esta última escala parece un poco más cercana a la realidad que el puntaje GAF del DSM-IVR que implicaba una mayor subjetividad por las descripciones de los requisitos necesarios para obtener cada puntaje.

En ese mismo sentido Rodríguez, *et al.* (2014) consideran que el hecho de eliminar el sistema multiaxial en el DSM-5 permite una mayor validez y utilidad clínicas en un sistema de diagnóstico. También es cierto que, como en ediciones anteriores, en esta se incluye el contenido de otras condiciones que pueden ser centro de atención clínica (por ejemplo, los problemas relacionales), de gran relevancia junto con todo lo que conformaba el eje IV y que debería servir al clínico para contextualizar un problema, y al investigador para delimitar variables participantes; pero no hay una pauta clara para aunar la información.



Soriano, Flores, Guerrero y Jiménez (s.f.) consideran que los cambios que se dieron del anterior DSM-IVR al DSM-5, específicamente en relación con la exposición de los diagnósticos en informes psicológico o psiquiátricos, han sido trascendentales, ya que el DSM-IV era una clasificación categorial que dividía los trastornos mentales en diversos tipos, ya que se basaba en series de criterios con rasgos definitorios. Por tanto, un enfoque categorial es siempre más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica sean homogéneos; además deben existir límites claros entre las diversas clases, así como cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Por tanto, Soriano *et al.* (s.f.) indican que la evaluación multiaxial implicaba una evaluación de varios ejes, cada uno de los cuales concernía a un área distinta de información. Por tanto, en la clasificación multiaxial del DSM-IV se incluían cinco ejes:

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

En este sentido, el sistema multiaxial proporcionaba un formato organizado y podía comunicar la información clínica, para captar la complejidad de las situaciones y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico (APA, 1995). Soriano, *et al.* (s.f.) consideran que se deben reconocer las limitaciones que se tenía con la evaluación multiaxial, ya que la mayoría de los clínicos asumían que los trastornos mentales eran entidades discretas, separadas

unas de las otras, cuando en realidad esto se ha mostrado válido solamente para un reducido número de trastornos. 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 (APA, 1995). García *et al.* (2011) han señalado que el DSM-IVR es ya insuficiente para el trabajo clínico actual. El actual DSM-5 utiliza un sistema dimensional que 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. En virtud de lo anterior, Esbec y Echeburúa (2015) han considerado que la eliminación del sistema multiaxial en el DSM-5 permitió, por ejemplo, que los trastornos de personalidad (TP) se dejaran de incluir en un eje independiente y se integran al resto de los diagnósticos generales, lo que supone la necesidad de evaluarlos adecuadamente. Por tanto, el hecho de que los TP fueran más estructurales, crónicos, de inicio precoz y con predisposición a la aparición de otros trastornos era lo que justificaba su inclusión en el eje II del DSM-III y el DSM-IV (Esbec y Echeburúa, 2014). Sin embargo, la naturaleza confusa de los ejes en la codificación y su escasa utilización ha llevado a su supresión en el DSM-5. A continuación se muestra un ejemplo de cómo se codificaban los diagnósticos en el DSM-IVR.

Ejemplo 1.

- Eje I: Trastorno de angustia sin agorafobia (diagnóstico principal).
- Problemas paterno-filiales.
- Problemas de relación entre hermanos.



- Eje II: Trastorno de la personalidad por evitación.
- Eje III: Ninguno.
- Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Problemas laborales.
- Eje V: 62 (actual, aprox.).

Ejemplo 2.

- Eje I: Fobia social, tipo generalizado. Duelo.
- Eje II: Trastorno de la personalidad por evitación. Trastorno de la personalidad por dependencia.
- Eje III: Gastritis recurrente.
- Eje IV: Muerte reciente de su madre.
- Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) 60 (actual); 70 (mayor nivel en el último año).

CRITERIOS DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA: METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA DSM-5

El grupo de trabajo del DSM-5 y la OMS han hecho un importante esfuerzo para separar los conceptos de trastorno mental y discapacidad (desequilibrios en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes). En el sistema de la OMS, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) abarca todas las enfermedades y trastornos, mientras que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) constituye una clasificación independiente para la discapacidad global. A su vez, se ha demostrado que la Escala de Evaluación de las Discapacidades de la OMS (WHODAS), que se basa en la CIF, es una medida estandarizada útil de la discapacidad por causa de los trastornos mentales. La APA (2013a) sostiene que en la ausencia de marcadores biológicos claros o de medidas clínicas útiles de la gravedad de muchos trastornos mentales, no ha sido posible separar por completo las expresiones de síntomas normales y patológicos que se incluyen en los criterios de diagnóstico. Según la APA (2013b), esta carencia de información es especialmente problemática en situaciones clínicas en las que el síntoma que presenta el paciente por sí mismo (especialmente en niveles leves) no es inherentemente patológico y puede encontrarse en individuos para quienes el diagnóstico de “trastorno mental” sería inadecuado. Por eso se ha utilizado el criterio general de exigir que haya malestar significativo o discapacidad para establecer los umbrales del trastorno. Habitualmente se dice que el trastorno provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El texto obtenido tras la definición revisada del trastorno mental destaca que este criterio puede ser especialmente útil para determinar la necesidad de tratamiento de un paciente. Se recomienda



aprovechar la información de otros miembros de la familia y de terceros (además de la del individuo) sobre las actitudes del individuo, siempre que sea necesario (APA, 2013a).

Sandin (2014) resalta que la utilidad clínica del WHODAS 2.0 en el DSM-5, ya que permite evaluar el deterioro funcional de un sujeto y operativamente posibilita evaluar siete áreas del funcionamiento personal: comprender y comunicarse; moverse; cuidado de sí mismo, llevarse bien con la gente; actividades domésticas (hogar); actividades escolares o laborales, y participación en la sociedad. En este sentido, Morrison (2015) considera que la WHODAS 2.0 responde a la medida de la discapacidad, y ayuda a comprender las respuestas de los pacientes frente a responsabilidades laborales y sociales, así como a participar en general en la sociedad. Por tanto, el WHODAS 2.0 tiene como objeto la evaluación de dichas discapacidades, puede ser utilizado en poblaciones clínicas tanto cerradas como abiertas, y se ha probado en todo el mundo. Puede consultarse en línea en:

- www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/
- http://www.who.int/classifications/icf/form_whodas_downloads/en/
- <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/#>

Es importante anotar que para descargar la versión electrónica de las plantillas para calificar automáticamente el WHODAS 2.0 es necesario registrarse en la OMS. La forma de calificar es la siguiente: 1 = nula, 2 = leve, 3 = moderada, 4 = intensa y 5 = extrema. Debe señalarse que los sistemas de calificación de las dos medidas son recíprocos; una calificación alta en la actividad global del DSM-IVR (EEAG) equivale más o menos a una calificación baja en el WHODAS 2.0.

La GAF del DSM-IVR es una clasificación basada en lo clínico del funcionamiento psicológico, social y ocupacional general utilizado para informar de las necesidades de tratamiento, la elegibilidad para los servicios y las determinaciones de discapacidad (el principio de la GAF en el anterior DSM-IV-TR partía de establecer la enfermedad mental con el fin de generar situaciones de tratamiento en los pacientes). Sin embargo, Sandin (2014) refirió que un problema clave asociado con la GAF fue que cambió los conceptos de trastorno mental y discapacidad. Los esfuerzos recientes se han centrado en eliminar la ambigüedad de estos conceptos. Por otra parte, el hecho de que este criterio requiera malestar o deterioro es problemático desde el punto de vista de fiabilidad, en particular en la ausencia de umbrales claramente definidas para cualquier aspecto de este criterio. No obstante, el criterio general de malestar o un deterioro clínicamente significativo ha sido retenido en el DSM-5.



EL CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD: WHODAS 2.0

Como se ha dicho anteriormente el WHODAS 2.0 es un instrumento de evaluación genérico y práctico que puede medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica. El WHODAS 2.0 capta el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida (Mckibbin, Patterson y Jeste, 2004):

- **Dominio 1:** Cognición. Evalúa la comunicación y las actividades de pensamiento. Las áreas específicas evaluadas incluyen la concentración, los recuerdos, la resolución de problemas, el aprendizaje y la comunicación.
- **Dominio 2:** Movilidad. Evalúa actividades tales como pararse, moverse adentro del hogar, salir del hogar y caminar largas distancias.
- **Dominio 3:** Cuidado personal. Evalúa la higiene, y si el entrevistado puede vestirse, comer y quedarse solo.
- **Dominio 4:** Relaciones. Evalúa la interacción con otras personas y las dificultades que pudieran surgir en este dominio debido a una condición de salud. En este contexto, “otras personas” incluye a aquellos conocidos íntimamente o con profundidad (cónyuge o pareja, miembros de la familia o amigos cercanos, etcétera) y a aquellos no conocidos con profundidad (por ejemplo, las personas desconocidas).
- **Dominio 5:** Actividades cotidianas. Evalúa la dificultad en las actividades diarias (es decir, las que las personas realizan la mayoría de los días, entre las que se encuentran aquellas relacionadas con las responsabilidades domésticas, el tiempo libre, el trabajo y la escuela).

- **Dominio 6:** Participación. Evalúa las dimensiones sociales, tales como las actividades comunitarias, las barreras y los obstáculos en el mundo que rodea al entrevistado, y los problemas con otras cuestiones como el mantenimiento de la dignidad personal. Las preguntas no se refieren necesariamente, ni solamente, al componente de la participación de la CIF como tal, sino que también incluyen varios factores contextuales (personales y ambientales) afectados por la condición de salud del entrevistado.

Para los seis dominios, el WHODAS 2.0 proporciona un perfil y una medición total del funcionamiento y la discapacidad, que es confiable y aplicable interculturalmente en todas las poblaciones adultas. Existen diferentes versiones del WHODAS 2.0, las cuales difieren en extensión y en el modo de administración. La versión completa contiene 36 preguntas y la versión abreviada doce. Estas preguntas se relacionan con las dificultades en el funcionamiento experimentadas por el entrevistado en los seis dominios de la vida durante los treinta días previos (World Health Organization, 2013).

Las distintas versiones pueden ser administradas por un entrevistador, por la propia persona o por un representante (un miembro de la familia, un amigo o un cuidador). La versión de doce preguntas explica el 81% de la variación de la versión más detallada que contiene 36 preguntas. Se encuentran disponibles normas de la población general para ambas versiones. Hay que tener en cuenta que la versión con 36 preguntas es la más detallada de las dos (APA, 2013b). Esta versión les permite a los usuarios generar puntuaciones para los seis dominios de funcionamiento y calcular una puntuación general, por tanto, es más recomendable su uso. Para cada respuesta positiva, se realizará una pregunta de seguimiento para indagar acerca del número de días (en



los últimos treinta) en los que el entrevistado haya experimentado la dificultad específica. Esta versión se encuentra disponible en tres formas diferentes: administrada por un entrevistador, por la propia persona o por un representante. El tiempo promedio de la entrevista para la versión de 36 preguntas administrada por un entrevistador es de veinte minutos. La confiabilidad del WHODAS 2.0, según el Alfa de Cronbach, es de 0,98 puntaje total test-retest. Es importante recordar que el alfa de Cronbach mide cuán bien se responde a un conjunto de variables o preguntas calculando un único constructo latente y unidimensional. El coeficiente alfa puede considerarse como la media de todas las correlaciones de división por mitades posibles, las buenas junto con las malas. Es la estadística preferida para obtener una estimación de confiabilidad de consistencia interna (Cronbach, 1951).

El WHODAS 2.0 ha sido desarrollado básicamente para poblaciones adultas; en el caso de evaluar el funcionamiento y la discapacidad en niños y jóvenes, es necesario y recomendable usar la versión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF (CIF-IA, por sus siglas en inglés), de la OMS (2013). En los siguientes enlaces se puede descargar gratuitamente el CIF ya que es libre su uso bajo el criterio de la OMS:

- <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43737>
- <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43737>

Así mismo, se puede descargar libremente el WHODAS 2.0 (que incluye manual y hojas de instrumento de puntuación, entre otros), en los siguientes enlaces:

- http://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/

- http://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/

Existen tres formas de administrar al usuario el WHODAS 2.0:

1. La autoadministración. Es una versión de papel y lápiz, puede ser auto administrado.
2. La entrevista. Se puede administrar en persona o por teléfono. Las técnicas generales de la entrevista son suficientes para administrar la entrevista en este modo.
3. Proxy. A veces puede ser deseable obtener una vista de terceros de funcionamiento, tales como miembros de la familia, cuidadores u otros observadores.

Por otra parte, existen dos formas de calificar u obtener las puntuaciones globales del WHODAS 2.0:

La versión simple: las puntuaciones asignadas a cada uno de los elementos –“ninguna” (0), “leve” (1) “moderado” (2), “severa” (3) y “extrema” (4) – se suman. Este método se denomina “de puntuación simple” debido a que las puntuaciones de cada uno de los artículos se añaden simplemente sin recodificación o colapso de categorías de respuesta; por lo tanto, no hay ninguna ponderación de los elementos individuales. Este enfoque es práctico para una calificación manual, y puede ser el método de elección en la práctica clínica ocupada o en situaciones de entrevista lápiz y papel. Como resultado, la simple suma de las puntuaciones de los ítems en todos los dominios constituye una estadística que es suficiente para describir el grado de limitaciones funcionales (ver tabla 1).



TABLA 1. Dominios con respectivo valor de dificultad WHO DAS 2.0

Dominio	Indicador	Definición	Valor	Índice
Comprensión y comunicación	D1.1	Dificultad para concentrarse en hacer algo durante diez minutos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.2	Dificultad para recordar las cosas importantes que tiene que hacer	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.3	Dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.4	Dificultad para aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar donde nunca ha estado	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.5	Dificultad para entender en general lo que dice la gente	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.6	Dificultad para iniciar o mantener una conversación	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Capacidad para moverse en su alrededor/ entorno	D2.1	Dificultad para estar de pie durante largos periodos de tiempo como por ejemplo treinta minutos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.2	Dificultad para ponerse de pie cuando estaba sentado	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.3	Dificultad para movilizarse dentro de su casa	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.4	Dificultad para salir de su casa	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.5	Dificultad para caminar largas distancias como 1 Km (o equivalente)	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5



Dominio	Indicador	Definición	Valor	Índice
Autocuidado	D3.1	Dificultad para bañarse (lavarse todo el cuerpo)	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D3.2	Dificultad para vestirse	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D3.3	Dificultad para comer	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D3.4	Dificultad para estar solo durante unos días	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Relacionarse con otras personas	D4.1	Dificultad para relacionarse con personas que no conoce	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.2	Dificultad para mantener una amistad	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.3	Dificultad para llevarse bien con personas cercanas a usted	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.4	Dificultad para tener relaciones sexuales	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Comprensión y comunicación	D5.1	Dificultad para cumplir con sus quehaceres de la casa	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.2	Dificultad para realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.3	Dificultad para acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.4	Dificultad para acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.5	Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5



Dominio	Indicador	Definición	Valor	Índice	
	D5.6	Dificultad para realizar bien las tareas más importantes del trabajo o estudio	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5	
	D5.7	Dificultad para acabar todo el trabajo que necesitaba hacer	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5	
	D5.8	Dificultad para acabar su trabajo tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5	
	Participación en sociedad	D6.1	Dificultad para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (fiestas, actividades religiosas u otras actividades)	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
		D6.2	Dificultad relacionada con barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
		D6.3	Dificultad para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
		D6.4	Tiempo dedicado a su estado de salud o consecuencias del mismo	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
		D6.5	Grado en que su estado de salud lo ha afectado emocionalmente	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
		D6.6	Impacto económico que su estado de salud ha tenido para usted o para su familia	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
D6.7		Dificultad que para su familia ha tenido su estado de salud	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5	
D6.8		Dificultad para realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o a disfrutar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5	

Nota. Elaboración propia.

Versión compleja: el método más complejo de la puntuación se denomina “elemento de respuesta-teoría” (IRT) de puntuación basado. Se tienen en cuenta múltiples niveles de dificultad para cada elemento WHODAS 2.0. Toma la codificación para cada respuesta como “ninguno”, “leve”, “moderado”, “graves”

y “extrema” por separado, y luego utiliza un algoritmo para determinar la puntuación de resumen ponderando de manera diferencial los artículos y los niveles de gravedad. El algoritmo del *software* estadístico IBM SPSS Statistics (SPSS) está disponible en la página de la OMS. La puntuación tiene tres pasos:



- Paso 1: suma de puntuaciones de los ítems recodificados dentro de cada dominio.
- Paso 2: suma de todas las seis puntuaciones de dominio.
- Paso 3: la conversión de la puntuación de resumen en una métrica que varía de 0 a 100 (en donde 0 = sin discapacidad y 100 = incapacidad completa).

Se pueden descargar las plantillas de puntuación en formato SPSS que arroja el resultado automáticamente, en los siguientes enlaces:

- http://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/
- http://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/

Cabe mencionar que es necesario registrarse en el dominio de la OMS para poder acceder a las plantillas.

Otra forma de obtener los resultados en el WHODAS 2.0 es a partir del análisis porcentual, que es arrojado directamente por las plantillas a partir del algoritmo de SPSS o se puede obtener de forma manual. Se toman los elementos de la versión simple –las puntuaciones asignadas a cada uno de los elementos: “ninguna” (0), “leve” (1) “moderado” (2), “severa” (3) y ‘extrema’ (4)– sumando a las que correspondan en cada dominio (Puntaje Directo PD) y dividiéndola por el número 36 que es el total de ítems que hacen parte del WHODAS 2.0, y luego se multiplica por cien. Al final se suman los valores porcentuales y se

divide entre seis (promedio), que son los dominios totales del WHODAS 2.0; de esta forma se obtiene la discapacidad en el evaluado. En la tabla 2 se muestra un ejemplo de esta forma de análisis manual.

TABLA 2. Análisis manual del WHODAS 2.0

Dominio	Puntaje	Porcentaje
Comprensión y comunicación	14/36** por 100***	38,88%****
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)	6/36 por 100	16,66%
Cuidado personal	6/36 por 100	16,66%
Relacionarse con otras personas	12/36 por 100	33,33%
Actividades de la vida diaria	10/36 por 100	27,77%
Participación en sociedad	18/36 por 100	50%
Total		30,55%

* Puntaje directo del evaluado por dominio

** Ítems totales de los dominios WHODAS 2.0

*** Porcentaje estadístico

**** Porcentaje obtenido por dominio que marca la discapacidad

Nota. Elaboración propia.

Se debe presentar atención a las escalas aproximadas, en el límite o extralímite del 50%. En la tabla 3 se muestra el análisis sobre el valor porcentual de discapacidad del WHODAS 2.0 para tomar decisiones a nivel global.

TABLA 3. Porcentaje de grado de discapacidad a nivel global WHODAS 2.0

100% completamente discapacidad-gravedad
90% extrema
80% severa
70% moderada
60% leve
50% límite
40%
30%
20%
10%
0 Funciones plenas

Nota. Elaboración propia.



CÓDIGO (Z55-Z65) PERSONAS CON PROBLEMAS POTENCIALES PSÍQUICOS O PSICOSOCIALES DEL CIE-10 DE LA OMS

El concepto de salud, según la OMS, sugiere que esta es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Agrega que la salud mental no es solo la ausencia de enfermedades mentales, pues es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Además, en la resolución No. 023558 de 1998, la salud mental es definida como la capacidad que tienen las personas y los grupos de estas para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven (Echeverri y Otálora, 2005). Agrega que es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivas y relacionales, dirigidas al cumplimiento de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (Echeverri y Otálora, 2005).

Teniendo en cuenta la relevancia que tiene para la salud mental la concienciación y el componente relacional, es importante hacer referencia al hecho de que este último introduce al individuo como un ser en contacto permanente con los seres humanos, las comunidades, las creencias, los sistemas políticos, las normativas, los demás seres vivos, las diversas culturas, los entornos y consigo mismo a nivel integral como ser biopsico-social. De esta manera, el panorama de las relaciones del individuo se amplifica, no solo a nivel externo sino también interno, posicionando al sujeto como mediador responsable y consciente, entre un sistema tanto individual como colectivo, que requiere de reconocimiento, atención e intervención, en los casos

en que se presenta un malestar en las relaciones, afectándolas significativamente; invitación que no solo recae sobre el personal de la salud, sino también sobre el individuo y su contexto a modo de responsabilidad.

La interacción relacional y social implica el contacto consigo mismo, los vínculos a nivel familiar, académico, laboral y social en todos los ámbitos. Por lo tanto, los problemas de la relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativa, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o deterioro de la unidad relacional misma. La OMS utiliza codificaciones de diagnósticos, que son factores no biomédicos que actúan como problemas de salud. Los códigos Z especialmente (Z55-Z65 personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales) de la CIE-10 contiene aquellos problemas que atañen a esa interacción del sujeto y su entorno. La CIE-10 codifica los procesos mórbidos, incapacidades laborales y partes de defunción, entre otros. De este modo, para el DSM-5 es muy importante que los clínicos hagan uso de estos códigos Z del CIE-10 (ver apéndice 2). En los siguientes enlaces puede ser descargado de manera gratis el CIE-10 y los códigos Z de este, en especial el volumen 1. Remitirse para esto al anexo XXI.

- http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/archivos/documentos_diversos/cie10_volumen1.pdf
- <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

En la tabla 4 se puede observar la transición que ha tendido la forma de exponer los diagnósticos desde el DSM-IVR, CIE-10 y el DSM-5 en los informes psicológicos o psiquiátricos. En la tabla 5, por su parte, se muestra un ejemplo de diagnóstico no axial desde el DSM-5. A su vez, en el apéndice 1 se muestran dos casos



clínicos en psicología y la forma de presentar los diagnósticos desde el DSM-5, y en el

apéndice 3, el cuestionario para la evaluación de discapacidad WHODAS 2.0.

TABLA 4. Transición de diagnóstico DSM-IVR al DSM-5

Transición multiaxial: DSM-IV; CIE-10 y DSM-5			
Ejes	DSM-IV-TR	CIE-10	DSM-5 Apreciación no axial (sin ejes)
Eje I	Trastorno clínicos	Trastornos somáticos Trastornos psiquiátricos Trastornos personalidad (Incluiría eje II, III y IV de DSM-IV-TR)	El diagnóstico principal se cita en primer lugar y el resto por orden de necesidad de atención y tratamiento
Eje II	Trastornos de la personalidad, retraso mental, mecanismos de defensa, rasgos desadaptativos de personalidad	Eje discapacidad (similar al eje V de DSM-IV-TR)	Trastornos psiquiátricos Trastornos de la personalidad Retraso mental Trastornos orgánicos
Eje III	Enfermedades médicas	Factores ambientales y del estilo de vida (similar al eje IV)	
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales	NO APLICA	
Eje V	EEAG (0-100)	NO APLICA	Factores contextuales y psicosociales (Códigos Z de la CIE-10 Se sustituye por la WHODAS 2.0

Nota. Elaboración propia.

TABLA 5. Impresión diagnóstica DSM-5

Diagnósticos clínicos, personalidad, retraso mental de trastornos orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> • 331.0 (G30.9) Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer
Factores contextuales y psicosociales (Códigos Z del CIE-10)	<ul style="list-style-type: none"> • (Z61.5) Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario • (Z61.0) Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia (relación negativa con el padre) • (Z63.7) Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar • (Z60.8) Otros problemas relacionados con el ambiente social • (Z56.0) Problemas relacionados con el desempleo, no identificados
Discapacidad (WHODAS 2.0)	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio 1: Cognición (comprensión y comunicación) (33,2%) • Dominio 2: Movilidad (movilidad y desplazamiento) (0,0%) • Dominio 3: Cuidado personal (cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo) (12,50%) • Dominio 4: Relaciones (interacción con otras personas) (12,15%) • Dominio 5: Actividades cotidiana (responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela) (18,75%) • Dominio 6: Participación (participación en actividades comunitarias y en la sociedad) (18,00%) • Puntaje general: (15,76%) <p>Sin discapacidades significativas.</p>

Nota. Elaboración propia.



RESULTADO ESPERADOS

Se espera que tanto estudiantes como profesores en práctica tengan la competencia para exponer diagnósticos en los informes psicológicos, desde las perspectivas del DSM-5, estableciendo tanto los factores contextuales como los psicosociales (códigos Z de la CIE-10), la perspectiva de la OMS y la WHODAS 2.0.

A su vez, se pretende:

- Exponer, de acuerdo con casuísticas y en la praxis profesional, el modelo de diagnósticos DSM-5, de manera que facilite la comunicación entre profesionales de la psicología y otras disciplinas.
- Presentar en los informes psicológicos, en cualquiera que sea su contexto, de manera tacita, los diagnósticos desde el DSM-5; de esta forma se cumple con dichas recomendaciones desde la APA.

CONCLUSIONES

Esta guía se elabora a partir de las recomendaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría sobre la forma como deben ser expuestos los diagnósticos clínicos, de personalidad, retraso mental, trastornos orgánicos y los problemas psicosociales, entre otros, desde la mirada del DSM-5, incluyendo los códigos Z de la CIE-10 y la evaluación de la discapacidad con el WHODAS 2.0. A su vez, la guía se basa en las experiencias obtenidas por parte de los autores. Los lineamientos planteados responden a las recomendaciones y estándares establecidos de acuerdo con las guías de la APA y de la OMS. Comprende los objetivos, la finalidad y la estructura que recomienda la APA para establecer los diagnósticos desde un modelo no axial. Por tanto, esta guía docente constituye una oportunidad para actualizarse y así fortalecer la dinámica del docente en sus clases, sobre todo en la forma de exponer dichos diagnósticos en los diferentes informes psicológicos. Esta guía es también una herramienta para quienes aún mantenían dudas con respecto de la forma de exponer dichos diagnósticos, en especial al desaparecer el modelo multiaxial del DSM-IV-TR, con respecto a los ejes (I, II, III, IV y V), de manera que resulta de gran utilidad para la formación, no solo de estudiantes, sino también de profesionales, y en la generalidad del campo laboral del psicólogo.



RECOMENDACIONES

- Implementar el uso de esta guía, la cual apoyará la tarea del docente orientador, quien cumple una labor importante en la formación del estudiante. Por esto, en el apéndice 1, como ejercicio práctico, se exponen dos casos clínicos psicológicos y la forma como se muestran dichos diagnósticos, atendiendo a las recomendaciones de la APA, a partir del DSM-5.
- Esta guía puede ser utilizada por los docentes de manera transversal en toda la formación del psicólogo y en los respectivos cursos.
- Orientar al estudiante a través de la guía con los lineamientos precisos, sencillos y útiles de la manera de exponer los diagnósticos a partir del DSM-5, haciendo uso de los códigos Z de la CIE-10 y la evaluación de la discapacidad con el WHODAS 2.0.
- Implementar el modelo de diagnósticos no axial del DSM-5 en los cursos del programa de psicología –y psiquiatría, en el caso de medicina–.
- Dirigir a los estudiantes a través de la guía con la identificación de los campos del saber y los resultados.
- Usar los casos, recomendaciones y sugerencias de la presente guía para obtener mejores procesos formativos y de prácticas.
- Siempre que haga uso de la presente guía docente, citar y referenciar a los autores de esta.

APÉNDICE I

Casos para diagnósticos desde el modelo no axial DSM-5. Los siguientes dos casos son tomados del libro *ICD-10 Casebook: The Many Faces of Mental Disorders - Adult Case Histories According to ICD-10 (Hardback)*¹.

CASO 1

Se trata de un joven soltero de veinticinco años.

Motivo de consulta: el paciente fue persuadido por su hermano para que buscara ayuda en un hospital psiquiátrico porque tenía reacciones violentas y pensamientos suicidas. Cinco semanas antes había atacado a su madre sin advertencia; la golpeó salvajemente, hasta que su hermano fue en su ayuda. Durante las semanas siguientes tuvo numerosas explosiones agresivas y varias veces amenazó con quitarse la vida. Explicó el ataque a su madre diciendo que ella había tratado de perjudicarlo y que había recibido instrucciones de una fuerza extraterrestre para pegarle. Después del ataque se encerró en sí mismo, absorbido por sus propios pensamientos, y a menudo hablaba solo, aun cuando otras personas estuvieran alrededor. A veces su familia tenía la impresión de que escuchaba voces que otras personas no podían oír. Le dijo a su hermano mayor que tenía miedo de atacar a alguien, o de matarse; temía perder el control de sus propios actos.

Antecedentes: el paciente creció en la zona rural del país. Era el segundo de diez hijos. Su padre tenía tierras, pero era adicto al opio y trabajaba muy poco. La madre trabajaba la granja, sembrando cereales y criando algunos

1 En español se traduce como *ICD-10: las muchas caras de los trastornos mentales - Historias de casos de adultos según ICD-10 (Hardback)*, de los autores T.B. Ustun, A. Bertelsen y H. Dilling, publicado por la editorial American Psychiatric Association Publishing, United States, en 1996. ISBN 10: 0880489898 / ISBN 13: 9780880489898, [Londres, Reino Unido].



animales, con la ayuda de sus hijos más chicos. El paciente dejó la escuela en noveno grado para seguir estudiando música. Se fue de su casa y pasó los últimos años de su adolescencia en la casa de un músico; un viejo amigo de su padre quien le enseñó a tocar la guitarra. Aprendió a tocar bastante bien y se convirtió en un apasionado por la música. Tocó la guitarra en varios conciertos, pero nunca pudo conseguir un trabajo fijo o ganar suficiente dinero como para mantenerse. Su hermano mayor, un maestro, lo ayudaba financieramente. Eventualmente, a los veintitrés años. El paciente se mudó con él. Se llevaban razonablemente bien, siempre y cuando su hermano no interfiriera con su voluntad de estar solo. Antes de enfermarse había sido bastante ambicioso con respecto a su actividad; quería convertirse en un gran músico. Solía sentarse durante horas solo en su habitación, para tocar la guitarra. En cambio, no le gustaba tocar en presencia de otros y se mostraba indiferente a las alabanzas o críticas. Su interés por la música era abrumador y tenía poco contacto social. No se lo veía interesado en tener novia ni tenía amigos íntimos de su mismo sexo.

Datos actuales: el paciente era un joven bien parecido y estaba vestido apropiadamente. Al ser examinado estaba tenso, hablaba rápido y en forma excitada. Tenía tendencia a agitar la mano sin razón aparente. Su conversación estaba interrumpida por interpolaciones, y de vez en cuando se volvía incoherente e incomprendible. Se sonreía superficial e inapropiadamente. En la expresión de sus afectos era cerrado y se enojaba al hablar de su madre. Decía que ella lo hubiera querido muerto. Expresaba temor porque un poder extraterrestre llevaría su mente a otro planeta. Explicaba que este poder controlaba sus pensamientos y le daba órdenes para lastimar a otras personas. Aparentemente el poder extraterrestre

hablaba sobre la situación de Ibrahim. Le decía que su madre lo quería ver muerto y le había dado instrucciones para matarla. Los últimos días antes de la internación, Ibrahim consideró la idea de matarse para impedir que el poder extraño tomara total control sobre él.

Discusión: el paciente muestra un conjunto de síntomas característicos que corresponden al diagnóstico de esquizofrenia, con duración de la enfermedad superior a un mes. Los síntomas incluyen inserción de pensamientos; alucinaciones auditivas con voces que discuten y dan órdenes; delirios de persecución; delirio de control de pensamientos y de estar en comunicación con fuerzas extraterrestres; comportamiento catatónico en forma de excitación, y conductas violentas. Como las alucinaciones y los delirios son prominentes, el diagnóstico es esquizofrenia paranoide con un carácter agregado (9), debido al curso incierto, por ser el período de observación demasiado corto. La personalidad del paciente muestra un modelo esquizoide: pocas actividades le dan placer, se muestra indiferente tanto a los halagos como a las críticas, tiene poco interés por las experiencias sexuales, constantemente elige actividades solitarias y no tiene amigos cercanos. Estas características apuntan a un diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad, pero los criterios generales para una perturbación de la personalidad también deben cumplirse: un patrón constante de comportamiento desadaptativo, presente desde la adolescencia, notable a lo largo de una serie de situaciones sociales y personales, que causan malestar personal o deterioro significativo en el rendimiento social y que no pueden ser explicados como manifestación o consecuencia de otro trastorno mental. Parece haber evidencia suficiente para suponer que estos criterios están presentes también en este caso.



TABLA 6. Impresión diagnóstica caso 1

Diagnósticos clínicos, personalidad, retraso mental de trastornos orgánicos	<p>Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 295.90 (F20.9). Esquizofrenia. Primer episodio, actualmente en episodio agudo de: • 297.1 (F22). Trastorno delirante. Tipo persecutorio. Forma de evolución indeterminada, período de observación menor de un año con un diagnóstico subsidiario provisional de: • 301.20 (F60.1) Trastorno de la personalidad esquizoide.
Factores contextuales y psicosociales (códigos Z del CIE-10)	<ul style="list-style-type: none"> • (Z55.8) Otros problemas relacionados con la educación. • (Z56.0) Problemas relacionados con el desempleo. • (Z61.1) Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia. • (Z63.8) Otros problemas especificados, relacionados con el grupo primario de apoyo.
Discapacidad (WHO-DAS 2.0)	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio 1: Cognición (comprensión y comunicación) (30,5%) • Dominio 2: Movilidad (movilidad y desplazamiento) (13%) • Dominio 3: Cuidado personal (cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer y quedarse solo) (13%) • Dominio 4: Relaciones (interacción con otras personas) (36,77%) • Dominio 5: Actividades cotidiana (responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela (69,44%) • Dominio 6: Participación (participación en actividades comunitarias y en la sociedad) (44,44%) • Puntaje general: (32,85%) <p>Sin discapacidades significativas. Afectación en el área actividad cotidiana y participación.</p>

Nota. Elaboración propia.

CASO 2

El paciente tiene veinticuatro años, es soltero y trabaja de empleado. Vive solo.

Motivo de consulta: durante casi dos años, el paciente ha sufrido de tensión y le resultaba imposible relajarse. Ocasionalmente se lo derivó a una clínica psiquiátrica como paciente externo porque estaba tenso y preocupado, no podía dormir y estaba lleno de sentimientos de inferioridad. A menudo se sentía aprehensivo, tenía palpitaciones y comenzaba a temblar sin una razón aparente. No podía concentrarse y se irritaba fácilmente. A la noche sus constantes preocupaciones

lo mantenían despierto. En particular se preocupaba por su aptitud sexual. Tenía miedo de no poder desempeñarse sexualmente si se casaba. A los catorce años, cuando estaba de visita en la casa de unos amigos, espió en el dormitorio de la hermana mayor de su amigo cuando ella se estaba cambiando; al ver a la joven de diecinueve años en ropa interior, se excitó inmensamente. A menudo recordaba la experiencia. Desde entonces hacía lo imposible para espiar mujeres cuando se cambiaban o bañaban. Cada vez que lo hacía se excitaba y se masturbaba. El miedo a ser descubierto lo llevaba a hacerlo rápidamente, lo que aumentaba su excitación. A los veintidós años estuvo con una prostituta por primera vez y después siguió haciéndolo con bastante regularidad. Sin embargo, en los meses anteriores a la consulta, no pudo lograr tener una erección, lo que al principio lo hizo sentir ansioso y luego lo hizo sentir que era inferior. Estaba incómodo en compañía de mujeres y creía que no sería capaz de casarse. Comenzó a evitar a sus amigos y se mantuvo solitario en sus ratos libres, aunque continuó trabajando.

Antecedentes: el paciente era el tercero de tres hijos de un taxista. Sus dos hermanos mayores fueron bastante exitosos en la escuela y en sus carreras. Él aprobó la escuela secundaria con notas normales y a los dieciocho años comenzó a trabajar como empleado en una empresa de su tío. Luego se mudó a vivir solo. Antes de su enfermedad el paciente era considerado sociable y extrovertido. En la escuela, y más tarde en el trabajo, se llevaba bien con sus compañeros. Tenía muchos amigos, pero ninguno íntimo. Era físicamente normal y no tenía ninguna enfermedad seria. Tampoco había información sobre alguna enfermedad mental o trastornos de conducta en su familia directa.

Datos actuales: durante el examen estaba tenso. No quería hablar de su comportamiento sexual pero aparte de ello era educado



y cooperaba bien. Su estado de ánimo era neutral y tenía respuestas emocionales adecuadas. No se sospecharon síntomas psicóticos. A medida que la entrevista avanzaba, comenzó a hablar más y a referirse a su sentimiento de inferioridad. Parecía estar preocupado por sus experiencias de impotencia. Los exámenes físicos, incluyendo el neurológico, no revelaron anormalidades.

Discusión: el paciente responde a los criterios de trastorno de ansiedad generalizada, con sus largamente presentes preocupaciones y tensiones, y con más de cuatro síntomas característicos que incluyen síntomas autónomos. No hay razón para pensar que sus síntomas tengan una etiología orgánica o que sean el producto de algún otro trastorno físico o mental. Desde la adolescencia, el paciente presentó síntomas típicos de voyerismo; una perturbación de índole sexual. Esto se complicó con un mal funcionamiento sexual no orgánico que se manifestó como impotencia eréctil. Aun cuando el trastorno sexual era aparentemente primario y los otros trastornos pueden ser considerados secundarios, el principio jerárquico de la CIE-10 da precedencia a desórdenes que tienen un más bajo valor F –en este caso el trastorno de ansiedad generalizada–.

TABLA 7. Impresión diagnóstica caso 2

Diagnósticos clínicos, personalidad, retraso mental de trastornos orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> • 302 (F65.3). Trastorno de voyerismo. • Con un diagnóstico provisional de: • 300.02 (F41.1). Trastorno de ansiedad generalizada. Como diagnósticos subsidiarios: • 302.72 (F52.21). Trastorno eréctil.
Factores contextuales y psicosociales (códigos Z del CIE-10)	<ul style="list-style-type: none"> • (Z63.0) Problemas en la relación entre esposos y parejas. • (Z63.2) Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado. • (Z63.3) Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia.
Discapacidad (WHO-DAS 2.0)	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio 1: Cognición (comprensión y comunicación) (11,1%) • Dominio 2: Movilidad (movilidad y desplazamiento) (0,0%) • Dominio 3: Cuidado personal (cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer y quedarse solo) (0,0%) • Dominio 4: Relaciones (interacción con otras personas) (36,11%) • Dominio 5: Actividades cotidiana (responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela) (22,22%) • Dominio 6: Participación (participación en actividades comunitarias y en la sociedad) (47,22%) • Puntaje general: (19,44%) <p>Sin discapacidades significativas. Afectación en el área relación y participación.</p>

Nota. Elaboración propia.



APÉNDICE 2

Formato de Código Z (Z55-Z65). Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales: CIE-10 de la OMS

[Z55] Problemas relacionados con la educación y la alfabetización

- (Z55.0) Problemas relacionados con el analfabetismo o bajo nivel de instrucción.
- (Z55.1). Problemas relacionados con la educación no disponible o inaccesible.
- (Z55.2) Problemas relacionados con la falla en los exámenes.
- (Z55.3) Problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar.
- (Z55.4) Problemas relacionados con la inadaptación educacional y desavenencias con maestros y compañeros.
- (Z55.8) Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización.
- (Z55.9) Problema no especificado relacionado con la educación y la alfabetización.

[Z56] Problemas relacionados con el empleo y el desempleo

- (Z56.0) Problemas relacionados con el desempleo, no especificados.
- (Z56.1) Problemas relacionados con el cambio de empleo.
- (Z56.2) Problemas relacionados con amenaza de pérdida del empleo.
- (Z56.3) Problemas relacionados con horario estresante de trabajo.
- (Z56.4) Problemas relacionados con desavenencias con el jefe y los compañeros de trabajo.

- (Z56.5) Problemas relacionados con el trabajo incompatible.
- (Z56.6) Otros problemas de tensión física o mental relacionada con el trabajo.
- (Z56.7) Otros problemas y los no especificados relacionados con el empleo.

[Z57] Exposición a factores de riesgo ocupacional

- (Z57.0) Exposición ocupacional al ruido.
- (Z57.1) Exposición ocupacional a la radiación.
- (Z57.2) Exposición ocupacional al polvo.
- (Z57.3) Exposición ocupacional a otro contaminante del aire.
- (Z57.4) Exposición ocupacional a agentes tóxicos en agricultura.
- (Z57.5) Exposición ocupacional a agentes tóxicos en otras industrias.
- (Z57.6) Exposición ocupacional a temperatura extrema.
- (Z57.7) Exposición ocupacional a la vibración.
- (Z57.8) Exposición ocupacional a otros factores de riesgo.
- (Z57.9) Exposición ocupacional a factor de riesgo no especificado.

[Z58] Problemas relacionados con el ambiente físico

- (Z58.0) Exposición al ruido.
- (Z58.1) Exposición al aire contaminado.
- (Z58.2) Exposición al agua contaminada.
- (Z58.3) Exposición al suelo contaminado.



- (Z58.4) Exposición a la radiación.
- (Z58.5) Exposición a otras contaminaciones del ambiente físico.
- (Z58.6) Suministro inadecuado de agua potable.
- (Z58.8) Otros problemas relacionados con el ambiente físico.
- (Z58.9) Problema no especificado relacionado con el ambiente físico.

[Z59] Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas

(Z59.0) Problemas relacionados con la falta de vivienda.

- (Z59.1) Problemas relacionados con vivienda inadecuada.
- (Z59.2) Problemas caseros y con vecinos e inquilinos.
- (Z59.3) Problemas relacionados con persona que reside en una institución.
- (Z59.4) Problemas relacionados con la falta de alimentos adecuados.
- (Z59.5) Problemas relacionados con pobreza extrema.
- (Z59.6) Problemas relacionados con bajos ingresos.
- (Z59.7) Problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar.
- (Z59.8) Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas.
- (Z59.9) Problemas no especificados relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas.

[Z60] Problemas relacionados con el ambiente social

- (Z60.0) Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital.
- (Z60.1) Problemas relacionados con situación familiar atípica.
- (Z60.2) Problemas relacionados con persona que vive sola.
- (Z60.3) Problemas relacionados con la adaptación cultural.
- (Z60.4) Problemas relacionados con exclusión y rechazo social.
- (Z60.5) Problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas.
- (Z60.8) Otros problemas relacionados con el ambiente social.
- (Z60.9) Problema no especificado relacionado con el ambiente social.

[Z61] Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez

- (Z61.0) Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia.
- (Z61.1) Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia.
- (Z61.2) Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia.
- (Z61.3) Problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia.
- (Z61.4) Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario.



- (Z61.5) Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario.
- (Z61.6) Problemas relacionados con abuso físico del niño.
- (Z61.7) Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes en la infancia.
- (Z61.8) Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia.
- (Z61.9) Problemas relacionados con experiencia negativa no especificada en la infancia.

[Z62] Otros problemas relacionados con la crianza del niño

- (Z62.0) Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres.
- (Z62.1) Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres.
- (Z62.2) Problemas relacionados con la crianza en institución.
- (Z62.3) Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño.
- (Z62.4) Problemas relacionados con el abandono emocional del niño.
- (Z62.5) Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño.
- (Z62.6) Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anomalías en la calidad de la crianza.
- (Z62.8) Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño.
- (Z62.9) Problema no especificado relacionado con la crianza del niño.

[Z63] Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares

- (Z63.0) Problemas en la relación entre esposos o pareja.
- (Z63.1) Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos.
- (Z63.2) Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado.
- (Z63.3) Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia.
- (Z63.4) Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia.
- (Z63.5) Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio.
- (Z63.6) Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa.
- (Z63.7) Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar.
- (Z63.8) Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo.
- (Z63.9) Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo.

[Z64] Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales

- (Z64.0) Problemas relacionados con embarazo no deseado.
- (Z64.1) Problemas relacionados con la multiparidad.
- (Z64.2) Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones



físicas, nutricionales y químicas, conociendo su riesgo y peligro.

- (Z64.3) Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones psicológicas o de la conducta, conociendo su riesgo y peligro.
- (Z64.4) Problemas relacionados con el desacuerdo con consejeros.

(Z65) Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales

- (Z65.0) Problemas relacionados con culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin prisión.
- (Z65.1) Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento.
- (Z65.2) Problemas relacionados con la liberación de la prisión.
- (Z65.3) Problemas relacionados con otras circunstancias legales.
- (Z65.4) Problemas relacionados con víctima de crimen o terrorismo.
- (Z65.5) Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades.
- (Z65.8) Otros problemas especificados relacionados con circunstancias psicosociales.
- (Z65.9) Problemas relacionados con circunstancias psicosociales no especificadas.



APÉNDICE 3

WHODAS 2.0

Cuestionario para la evaluación de discapacidad 2.0

Versión de 36 preguntas, autoadministrable²

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud.

² Cuestionario tomado del sitio web de World Health Organization: <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

“Condición de salud” se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos treinta días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuánta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor marque solo una respuesta.

TABLA 8. Cuestionario autoadministrable

En los últimos treinta días, ¿cuánta dificultad ha tenido? Para:						
Comprensión y comunicación						
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	Entender en general lo que dice la gente	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	Iniciar o mantener una conversación	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)						
D2.1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo treinta minutos	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	Ponerse de pie cuando estaba sentado	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	Moverse dentro de su casa	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	Salir de su casa	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o una distancia equivalente]	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
En los últimos treinta días, ¿cuánta dificultad ha tenido? Para:						
Cuidado personal						
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (bañarse)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	Vestirse	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	Comer	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	Estar solo durante unos días	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Relacionarse con otras personas						
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	Mantener una amistad	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	Hacer nuevos amigos	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	Tener relaciones sexuales	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Actividades de la vida diaria						
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo



D5.3	Acabar <u>todo</u> el trabajo de la casa que tenía que hacer	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.5	Llevar a cabo su <u>trabajo diario o las actividades escolares</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba <u>hacer</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo <u>tan rápido</u> como era necesario	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Participación en sociedad

En los últimos treinta días:

D6.1	¿Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.2	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barre-ras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	¿Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	¿Cuánto le ha afectado <u>emocionalmente</u> su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	¿Qué <u>impacto económico</u> ha tenido para usted o su familia su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido usted o su <u>familia</u> debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.8	¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

H1	En los últimos treinta días, ¿durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días ____
H2	En los últimos treinta días, ¿cuántos días no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	Anote el número de días ____
H3	En los últimos treinta días, sin contar los días que <u>no pudo realizar nada</u> de sus actividades habituales ¿cuántos días tuvo que <u>recortar o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	Anote el número de días ____

Nota. Tomado de <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.



REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (1995). *DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masón.
- (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5ª ed.). Washington, DC: APA.
- (2013b). Online assessment measures: WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Schedule 2.0, 36-item version, proxy-administrad). Recuperado de: <http://>
- Black, D. (2013). Changes to DSM-5 are not as drastic as they may seem. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(3), 161.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Echeverri, G. y Otálora, N. (2005). *Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32(3), pp. 255-264
- (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Especialista en Psiquiatría*, 43(5), 177-86.
- García, M.G.; Saldivar, G.A.; Llanes, C.A. y Sánchez, J.I. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*, 34(4), pp. 367-378.
- Kupfer, D.J. y Regier, D.A. (2010). Why all of medicine should care about DSM-5. *JAMA*, 303(19), 1974-1975.
- Mckibbin, C.; Patterson, T.L. y Jeste, D.V. (2004). Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS II. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(6), 405-413.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. G.E. Cotera (trad.). México DF: Manual Moderno.
- Muñoz, F.L. y Jaramillo, L.E. (2015). DSM-5: ¿cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), pp. 111-121. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental (IESMOMS)*. Ginebra: OMS.
- (2006). WHODAS II. Recuperado de: <http://www.who.int/icidad/whodas>
- Rodríguez T.J.; Senín, C.C. y Perona, G.S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: análisis de algunos cambios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 221-231. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33731525008>
- Sandín, B. (2014). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), 255-286. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>
- Soriano A.E.; Flores, C.R.; Guerrero, A.D y Jiménez, E.H. (s.f.). Estudio comparativo sobre los sistemas de diagnóstico de trastornos mentales: DSM-IV y DSM-V. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Recuperado de: <https://docs.fajardo.inter.edu/Acad/agperez/psicopatolog%C3%ADa/Shared%20Documents/Estudio%20comparativo%20entre%20el%20DSM%20IV%20y%205.pdf>
- Ustun, T. B. Bertelsen, A., y Dilling, H. (1996). *ICD-10 Casebook: The Many Faces of Mental Disorders - Adult Case Histories According to ICD-10 (Hardback)*. London, Reino Unido, American Psychiatric Association Publishing.
- World Health Organization. (2013). The WHO Family of International Classifications. Recuperado de: <http://www.who.int/classifications/en/>

